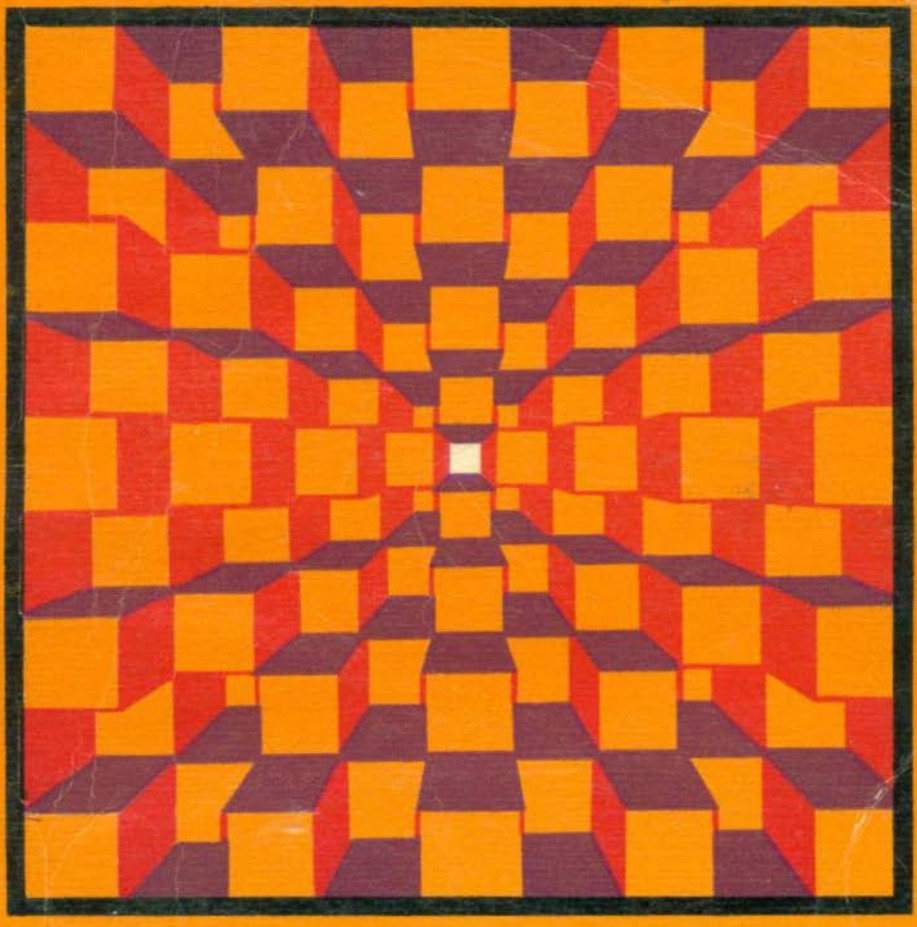
PATOLOGIE OBSESIVĂ



MIRCEA LĂZĂRESCU

PATOLOGIE OBSESIVĂ

PATOLOGIE OBSESIVĂ

EDITURA MEDICALĂ – BUCUREȘTI – 1973

TABLA DE MATERII

Pag.

CUVÎNT ÎNAINTE 7

CAPITOLUL I

CAPITOL INTRODUCTIV 12

1. Scurt istoric 12
2. Abordarea obsesiei din punctul de vedere al antropologiei generale 24
3. Prezența obsesiei în cadrul psihismului normal . 29
4. Obsesia și psihopatologia 35

CAPITOLUL II

NEVROZA OBSESIVO-FOBICĂ ȘI TIPURILE DE PERSOANĂ CORELATE EI 42

1. Nevroza obsesivă și persoana anancastă . . . 42
   A. Un model de dezvoltare al nevrozei obsesive 42
   B. Anancastul și familia sa caracteriologică . . 49
   C. Probleme de psihopatologie clinică corelate cu persoana anancastă 65
2. Psihastenicul 75
3. Fobia și persoana fobicului 88
4. Nevroza obsesivo-fobică și specificitatea clinică a nevrozelor 107

CAPITOLUL III

BOALA ANANCASTĂ 118

1. Încadrarea nosologică a bolii anancaste . . . 122

2. Psihopatologia obsesiei 182
A. Speciile obsesiei 182
B. Interpretări psihopatologice ale obsesiei . . 154
3. Tabloul clinic al bolii anancaste 161
A. Evoluția bolii anancaste 166
B. Raporturile dintre boala anancastă și psihoze 170

CAPITOLUL IV

ETIOPATOGENIE ȘI TRATAMENT 181

1. Probleme etiopatogenetice 181
2. Tratament 204
3. Dicționar terminologic 213

BIBLIOGRAFIE 217

CUVÎNT ÎNAINTE

A scrie în zilele noastre despre nevroze este, desigur, foarte greu, dacă nu te înscrii de la început sub steagul unei doctrine constituite. Psihanaliza si analiza existențială, doctrinele reflexologice și cele comportamentale au decupat o problematică și au construit un limbaj, care, inevitabil, încorsetează realitatea clinică. Eclectismul, la rîndul său, nu poate fi de mare folos ; marile tratate devin și ele mai mult o colecție de informații, decît un ghid clinic. Această situație nu poate decît să-l încurce pe medicul psihiatru al zilelor noastre, cu atît mai mult ou cît nevroza nu poate să mai fie asimilată unei patologii de azil. Între „marea nevroză" cu care s-au întîlnit clinicienii de la sfîrșitul secolului trecut și începutul secolului nostru și suferința umană în general (axată pe dimensiunea „pathică" a existenței), nevroza continuă să fie o problemă de patologie psihiatrică destul de confuz delimitată și înțeleasă. Nevroza gravă, structurală persoanei, poate fi destul de ușor circumscrisă prin simptomele ei. Ceea ce este însă impas și dezvoltare nevrotică reversibilă are nevoie în schimb de un punct de sprijin care nu se poate afla în simptom. Un astfel de punct de sprijin poate fi găsit în caracteriologia unei persoane fragile.

În căutarea unui nou punct de sprijin în abordarea nevrozelor am pornit de la recomandarea insistentă a profesorului meu, dr. E. Pamfil, de a cerceta și exploata pe plan psihopatologic și clinic raporturile dintre caracte-

riologie și nevroză. Studiul caracteriologiei a interesat, desigur, pe psihiatri mai de mult. În această direcție a excelat școala germană, mai ales prin Kretschmer, K. Schneider, E. Kahn, N. Petrilowitsch și alții. Deși ne-am bazat în parte pe studiile acestor cercetători, credem că în multe privințe ne îndepărtăm de ei.

O problemă centrală, pentru cine invocă într-un studiu caracteriologia, este de a lămuri pe ce fel de caracteriologie se bazează și ce criterii caracteriologice utilizează. Caracteriologia, care se ocupă de varianța psihologică a indivizilor umani, se află la mijlocul distanței dintre opinia despre un om și descrierea fenomenologică a unei persoane umane. Caracteriologia presupune o obiectivitate a persoanei, considerată ca un „El", într-un dialog sau într-un consens al unui grup uman. Materialul din care ea se plămădește este manifestarea expresivă a individului, înregistrată și sintetizată în *pattern*-uri caracterizante. Prin aceasta, caracteriologia devine ceva explicit și delimitat, distingîndu-se de fenomenologie, care în spatele descripției caută să discearnă sensuri și implicații, iar nu pregnanța unei forme. Varietatea indivizilor umani (în cadrul aceluiași statut social postulat de o sociocultură) depinde însă, nu numai de diferențierea stilului manifestărilor expresive, ci și de nivelul valoric al persoanei. La un grad mic de diferențiere, modalitatea amorfă de a fi a omului estompează posibilitatea unei caracteriologii. La omul de mare valoare, pe primul plan stă noul și ineditul creativității sale, caracteriologia fiind o problemă de ordin secundar, de obicei o problemă de stil. În general, problematica caracteriologiei se desfășoară în marea masă a mediei normalității. În această groasă bandă a normalului, fragilitatea persoanei sau disarmonia structurii sale psihice influențează varietatea indivizilor „uzînd" de caracteriologie sau mai bine zis șarjînd trăsături caracteriologice. De aceea, așa-zisa persoană anormală, adică persoana care, datorită fragilității sau disarmoniei sale, se află la periferia normalității (dar la periferie nu din cauză de varianță valorică), acest tip de persoană are trăsături caracteriologice mai pregnante, mai puternic angajate într-o direcție tipologică. În acest sens — și numai în acest sens — este posibilă o caracteriologie

care să se bazeze pe inventarierea trăsăturilor persoanelor anormale, adică o caracteriologie care să se apropie de psihopatologie. Dar și în aceste cazuri, fragilitatea și disarmonia persoanei sînt faptele patologice inițiale și nu caracteriologia. Ea poate interveni, însă într-o a doua etapă, favorizînd modalități specifice de reacție care să depășească reacția psihică normală, descoperind locuri de rezistență minimă a persoanei, prin care ea se poate împotmoli în impasuri sau dezvoltări nevrotice.

Caracteriologiile șarjate ale persoanelor anormale au, desigur, un echivalent în tipologia omului normal, la fel cum se regăsesc — ca un fundal — în cazul marilor și gravelor nevroze. E necesar, deci, să discutăm despre niveluri, atunci cînd aducem în discuție persoana anormală, nevroza și caracteriologia. La un nivel vom întîlni o tipologie a omului normal care, ca orice om, poate avea crize sufletești, perioade dificile de viață. La alt nivel întîlnim indivizi cu accentuarea trăsăturilor caracteriologice, avînd în spate, fie slăbiciunea, fie disarmonia persoanei. La aceste persoane, caracteriologia poate interveni ca un factor în declanșarea unor impasuri nevrotice sau unor dezvoltări nevrotice, cazuri în care slăbiciunea și disarmonia subiacentă a persoanei pot ieși treptat la iveală, formînd circuite autoîntreținute cu răul inițial, prin intermediul aparatajului caracteriologic. În final, la alt nivel, avem formele grăve de nevroze, de obicei suprastructuri ale unei disstructurări a persoanei, caz în care caracteriologia șarjată apare ca un fundal, dar cu un mai mic rol etiopatogenic. Despre toate aceste trei niveluri vom vorbi în lucrarea de față.

Cartea se ocupă de studiul nevrozei obsesive. Nevroza obsesivă a fost considerată de la început ca una dintre cele mai grave forme de nevroză. Dacă se pornește însă de la caracteriologie, ea nu mai apare așa. Obsesia ca *simptom* se întîlnește din normalitate și pînă la psihoze. Pe de altă parte, structura caracterială a marelui obsesiv are o serie de replici în banda normalității, care, chiar în impas și dezvoltare nevrotică, nu dezvoltă simptome exclusiv obsesive. O legătură există însă între simptomul

obsesiv şi structurile caracteriale care flanchează „obsesivul ca persoană". Această legătură se poate descifra în perspectiva unei analize antropologice. Astfel, atît simptomul obsesiv, cît şi structura caracterială anancast-psihastenică pot fi cel mai bine inventariate şi comentate paralel cu problematica *libertăţii* deliberării (a trecerii de la motivaţie la act). Similar, problematica fobiei poate fi cel mai bine analizată şi comentată paralel cu raportarea individului la lume ca spaţiu, problematica depresiei paralel cu cea a timpului trăit (deci a timpului propriu al persoanei); problematica astheniei în raport cu actul ca randament, problematica isteriei paralel cu cea a limbajului interpersonal etc. Astfel, o caracteriologie care utilizează criterii psihopatologice nu este de fapt lipsită de fundamentare, criterii şi argument, ci, dimpotrivă, şi le găseşte în înseşi structurile categoriale ale fiinţei umane.

În carte se acordă o importanţă mare psihopatologiei. Aceasta nu doar pentru că este coloana vertebrală a clinicii psihiatrice, ci pentru că permite circumscrierea unor formule ideale-tip, care sînt un ghid mental pentru clinician. Activitatea clinicianului trebuie să penduleze în permanenţă între atenta inventariere a realului — cu culegerea a cît mai multe şi variate informaţii — şi ghidurile mentale ideale pe care şi le formulează în urma acestei experienţe de observator. Această atitudine va permite să se păstreze ceea ce e inedit în orice caz studiat şi în acelaşi timp de a face în cadrul clinicii psihiatrice o muncă cît mai mult ştiinţifică (fără a ignora faptul că orice clinician trebuie să fie şi un artizan).

Ideea scrierii unei cărţi despre bolnavul obsesiv a aparţinut doctorului Dan Artur. Primele schiţe le-am făcut împreună, în urmă cu mai mulţi ani. Cu excepţionala sa putere de muncă, dr. Dan Artur mi-a pus la dispoziţie materiale informative şi cazuistică şi de asemenea a ascultat şi comentat prima formă a manuscrisului. Mai mult chiar, a redactat capitolul de istoric care apare în carte. Din păcate, din motive pe care neprevăzutul vieţii le realizează, această colaborare a încetat de

peste doi ani. De atunci, forma pe care a luat-o cartea s-a schimbat atît de mult, încît nu mai are aproape nimic comun cu primele schiţe.

Nu numai marele respect pe care l-am purtat doctorului Dan Artur, ci şi tot ceea ce-i datorez mă determină să-i închin această carte.

Noiembrie 1969

Timişoara

Dr. *Mircea Lăzărescu*

CAPITOLUL I

CAPITOL INTRODUCTIV

1. SCURT ISTORIC *

Funcțiunea semantică a psihopatologiei a pendulat totdeauna între două extreme. La un capăt, cazurile în care un cuvînt lansat de medici invada opinia publică, pînă la a-și pierde semnificația, pînă la totala sa devalorizare, pînă la transformarea sa în batjocură grotească. Hipocrate, cu nepotrivita expresie de isterie, este un exemplu pentru această tendință. La alt capăt sînt acele cazuri în care un fenomen morbid, concret și tot așa de real ca și isteria la care se referea Hipocrate, nu-și găsește niciodată un corespondent filologic adecvat: fiecare cercetător îl numește altfel, fiecare psihopatolog îl descrie prin perifraze, iar opinia curentă nu ajunge niciodată să-l golească de orice încărcătură axiologică, din simplul motiv că respectiva noțiune nu ajunge niciodată să capete o circulație generală. Este cazul fenomenului obsesiv.

Fenomenul de conversiune este unul spectaculos și la îndemîna oricui; pricină pentru care și-a găsit o așa de rapidă și nefericită extindere, pornind de la interpretarea hipocratică a isteriei. Fenomenul obsesiv nu a primit niciodată o investitură publică atît de zgomotoasă ca isteria, poate tocmai pentru că (în mare parte) el este

* Paragraf redactat de dr. Dan Artur.

o însușire lăuntrică, ce nu ajunge la lume și societate decît în cazul ceremonialului și al ritualului anancast. Cultura europeană și apoi cea atlantică acordă drept de cetățenie lingvistică acelor noțiuni care se oferă observatorului prin spectaculozitatea lor publică ; ceea ce în psihopatologie înseamnă, în primul rînd isterie, în al doilea rînd delir ; și numai undeva, pe al treilea plan, fenomen obsesiv. Obsesie înseamnă în primul rînd patologia vieții interioare, strict interioare, iar cum spiritul critic este conservat, formînd chiar una dintre coordonatele definitorii ale anancastului, era firesc să ajungem, foarte tîrziu și numai adiacent delirului, la o preocupare în jurul a ceea ce astăzi se numește obsesie.

În medicina hipocratică și cea care-i urmează pînă la începutul erei noastre, nu se găsește nici un fel de referință precisă la cazuri care să semene cu obsesia de azi. Este o afirmație destul de riscantă, constatarea că, probabil, medicii clini includeau în manie și melancolie (Hipocrate) sau în diversele forme de delir (Platon, Aristotel) și fenomenul obsesiv. Ea nu se bazează decît pe constatarea generală care arată că pînă tîrziu, în baroc, majoritatea psihiatrilor erau tentați să descrie cazuri clasice de obsesie la capitolul delir sau manie. Cert este că primul care analizează amănunțit un bolnav obsesiv și unul fobic este Aretaeus din Capadocia (50—110 ? e.n.) Întîmplarea face ca el să fie și un eclectic (deși trăiește în plină epocă de glorie a școlii metodice), un dușman înverșunat al nosologiei de orice filiație și un fanatic al cazului clinic, cum numai școala franceză a secolului al XIX-lea va mai fi. Din pricinile acestea, celebrul caz de boală obsesivă pe care îl descie Aretaeus (vezi traducerea franceză a textelor lui Aretaeus în : Trélat — „Recherches historiques sur l'alienation mentale", Journal des progres, t. V, 1839, precum și în volumul II al traducerii germane a operelor lui Aretaeus, făcută de Ermerins (Utrecht, 1847) nu este încadrat în nici o formă nosologică precisă și poate tocmai de aceea dovedește intuiția genială a lui Aretaeus, pentru că dulgherul analizat este un caz limită, pe care psihiatria nu l-a elucidat încă nici

azi, în care fenomenul fobic se amestecă cu cel obsesiv într-o proporție de nediferențiat.

Marcellus din Sida (un elev al lui Aretaeus) amintește pentru prima oară, într-o poezie didactică, despre *licantropie.* Transformarea omului în lup *(loup-garou* la francezi, *Wehrwolf* sau *Werwolf* la germani) va juca de-a lungul întregului ev mediu un rol important, aproape unicul cadru nosologic, în medicina mintală. Arcadienii vorbeau deja despre „bărbatul care poate lua forma de lup" *(lykanthopos),* iar romanii numeau același fenomen cu termenul de *Versipellis,* exact ceea ce credința populară la slavi, celți și toate popoarele Europei centrale va numi priculici, vîrcolac sau vampir. Dar în demonologia evului mediu licantropia era unica boală admisă ca atare (nu ca posesiune demonică), ceea ce făcea ca suferinzii să nu fie arși pe rugul inchiziției. În compoziția sindromului licantropic intrau : melancolia, tendința ideativă la crimă și demonomania. În felul în care Marcellus din Sida vorbește despre a doua componentă a licantropiei (tendința ideativă la crimă) lasă să se înțeleagă cît se poate de explicit că este vorba de un fenomen obsesiv descris în vocabularul epocii și mai ales în spiritul ei.

În afara acestor cazuri de licantropie, evul mediu nu mai amintește nimic în care să se poată întrevedea cazuri clinice de obsesie. Sîntem siliți să recurgem la interpretarea lui Stekel și Petrilowitsch, care subliniază prezența a foarte multor factori supracaracteriali și supraindividuali în apariția manifestă a sindroamelor obsesive. Mai mult decît oricare alt cadru nosologic din psihiatrie, boala obsesivă este condiționată de epocă. Evul mediu a fost favorabil psihopatului anancast, i-a permis să se desfășoare în toată amploarea lui. Sadismul anal și „înpotmolirea în ascеză" (Stekel), atît de caracteristice anancastului, s-au văzut favorizate de spiritul epocii. Zgîrcenia, încăpățînarea și pedanteria caracterului anancast aveau un nesfîrșit cîmp de activitate în profesiunile medievale, și astfel nu ajungeau decît rar să se decompenseze în sindrom obsesiv de intensitate maladivă. Viața monahală, întregul stat major al Sfîntului Oficiu al Inchiziției și cohorta de politicieni mărunți ai stătulețelor

medievale erau populate, în mod legal, de caractere anancaste, care judecau şi ardeau pe rug pe istericii care se dădeau în spectacol sau schizofrenicii paranoizi bănuiţi a fi demonomani. În evul mediu, anancastul era omul zilei favorizat de momentul istoric, astfel că nu simţea nevoia decompensării în fenomen obsesiv. De la Renaştere încoace (deci de cînd ritmul existenţei europene a devenit allegro), anancastul nu-şi mai găseşte făgaşe firești de manifestare, pentru că *„Qui n'a pas l'esprit de son age, de son age a tout le malheur"* (Voltaire). De aici numărul crescut al nevrozelor obsesive din ultimele două secole, de aici necesitatea de a studia aceste nevroze şi puzderia de studii referitoare la anancast, contrastînd cu lipsa flagrantă a unor asemenea studii în trecut.

Sfîrşitul Renaşterii şi începutul barocului este perioada care aduce primele studii ce semnalează, nu numai cazuri de boală obsesivă, ci şi încercări de clasificare în care obsesia să-şi aibă locul. Începutul este făcut de germanul (cu studii în Franţa) Johann Weyer din Brabant (1515—1588), care în cartea sa „De prestigiis daemonum" (1563) întreprinde prima demascare a demonomaniei şi pregăteşte astfel terenul unei psihopatologii mai aerate. Weyer spune primul, răspicat (şi aceasta într-o epocă în care pînă şi marele Ambroise Paré, 1510—1590, admite, sincer sau numai de frica Sfîntului Oficiu, greu de precizat, existenţa demonomaniei la baza bolii mintale), că vrăjitoarele sînt melancolii şi isterii, iar nopţile de sabat, confuzii artificiale provocate de mandragora, aconit şi beladonă. Numai în acest climat purificat de miasmele malefice ale şarlatanie ermetice încurajate de biserică s-a putut dezvolta activitatea lui Felix Plater, care trebuie considerat primul alienist preocupat de problema obsesiei.

Felix Plater (sau Platter) (1536—1614) este fiul renumitului polihistor elveţian Thomas Platter şi deşi nu s-a ridicat niciodată la celebritatea tatălui său, are meritul că, pe lîngă profesiunea sa strict didactică (profesor de anatomie la Universitatea din Basel), să se fi ocupat şi de psihiatrie. Clasificarea sa (*mentis imbecilitates, defatigationes, consternationes* şi *alienationes*) este una din primele încercări de nosologie din baroc. Dar este impor-

tantă mai ales pentru că încadrează (la punctele 2 şi 3) o serie de cazuri, care, deşi nenumite obsesie (pentru că termenul nu era încă întrebuinţat), sînt atît de viu descrise încît nu lasă nici o îndoială asupra diagnosticului de obsesie (în special cazul unei femei cu obsesii ruminative centrate pe ideea pruncuciderii). Ultimul caz rămîne unul clasic, astfel că Plater este pentru istoria obsesiei ceea ce Sydenham (1624—1689) va fi mai tîrziu pentru isterie.

După Plater, nici una din clasificările (atît de la modă pe la mijlocul secolului al XVIII-lea) nu va putea evita încadrarea şi a unor cazuri care corespund clinic obsesiei. Cu influenţe evidente din Boerhaave şi Stahl, clasificarea lui Boissier Sauvages (1706—1767) este făcută după meticulos model botanic şi merge la amănunte exhaustive (10 clase, 44 de ordine, 315 genuri şi 2400 de specii). În ciuda acestei fărîmiţări derutante, cuvîntul obsesie nu este pronunţat. În schimb, este important să ştim că în clasa a opta (Vésanies ou folies) sînt descrise patru ordine, dintre care ultimul *(Folies irregulières)* se referă la cîteva cazuri de obsesii ideative, foarte bine descrise clinic, dar de loc comentate. Să reţinem că deja de pe acum (clasificarea lui Sauvages este din 1732) obsesia aparţine unui ordin numit *Folies* (celelalte trei grupe ale lui Sauvages sînt : halucinaţiile, morozităţile şi delirurile), aşadar unor categorii ce se referă aproximativ la psihozele endogene de azi şi în nici un caz sferei largi care se va numai ceva mai tîrziu nevroze şi psihopatii.

Pentru a înţelege limpede evoluţia ideilor referitoare la obsesie este important să subliniem că în celebra clasificare a lui Cullen (în care apare pentru prima oară cuvîntul *nevroză)* obsesiile încă nu există ca unităţi nosologice de sine stătătoare, pentru că sîntem încă într-o epocă în care obsesie şi fobie este tot una cu fenomenul delirant, după cum fenomen delirant va rămîne şi peste 100 de ani în concepţia lui Legrand du Saulle (1875). William Cullen (1709—1790), profesor la Universitatea din Edimbourgh, aplică în neurologie teoria *iritabilităţii* a lui Haller (1708—1777), făcînd din sistemul nervos cea mai importantă verigă patogenetică a *oricărei* boli. Clasificarea lui Cullen (care apare în 1772) este ceva mai modestă

decît cea a lui Sauvages, pentru că are numai : 4 clase, 19 ordine, 230 de genuri şi 600 de specii. Cele patru clase ale lui Cullen sînt : pirexiile, nevrozele, caşexiile şi bolile locale. Prin nevroze el înţelege, ca şi Ph. Pinel de altfel, *maladies du sentiment et du mouvement*, fără inflamaţie sau alterarea structurii locale a sistemului nervos, aşadar toată patologia psihozelor endogene. A vorbi despre nevroze funcţionale sau psihogene (în sens contemporan) la Cullen înseamnă a le atribui caracteristici şi intenţii pe care profesorul de la Edinbourgh nu le avea şi nici nu le-ar fi semnat, pentru că, urmînd principiile teoriei lui Haller, Cullen a vrut doar să sublinieze importanţa deosebită a sistemului nervos în toată medicina, indiferent că este vorba de chirurgie, medicină internă sau psihiatrie. Cuvîntul lansat de Cullen a parcurs o traiectorie care nu mai are absolut nici o legătură cu semnificaţia pe care i-o dădea el, exact după cum „histeria" lansată de Hipocrate a sfîrşit prin a deveni un minus axiologic, un minus la care Hipocrate nici nu s-a gîndit. De-abia după revoluţia franceză, cînd Cullen nici nu mai trăia, cuvîntul nevroză a plăcut psihiatrilor francezi şi (ceea ce este mai grav) a fost asociat prin simplă asonanţă cu nevroza de tip Cullen (care însemna doar că boala respectivă are în etiopatogenia ei importante momente nervoase). Este interesant de urmărit în cartea lui Cerise (*Des fonctions et des maladies nerveuses*, Paris, Masson, 1840) confuzia dintre *névroses*, *névropathie générale*, *névropathie protéiforme* şi *nerveux*, pentru a putea astfel surprinde pe viu momentul în care din bine intenţionatul termen al lui Cullen se naşte confuza noţiune de *nevroză*, care mai stăruie şi azi. În ce ne priveşte este important să ştim că termenul lui Cullen nu a fost pronunţat în asociaţie cu cel de obsesie decît de Janet (1898), de la care Freud preia termenul proaspăt amalgamat : „nevroză obsesivă".

Dar în intervalul de timp care se scurge între creaţia termenului de nevroză de către Cullen şi îngemănarea lui cu cel de obsesie de către Janet, obsesia nu există în psihiatrie sub etichetă proprie, fiind inclusă la *monomanii*. A. Brierre de Boismont (1797—1871) constata, pe bună dreptate, că monomania este un concept condiţionat is-

toric. În ultimii 150 de ani, discuţia în jurul psihozelor endogene a trecut prin trei faze destul de distincte : monomania, demenţa precoce şi schizofrenia ; adică Esquirol, Kraepelin şi Bleuler. Iar pe prima treaptă a acestei dispute, obsesia nu era încă diferenţiată de endogen, în sensul cel mai larg al cuvîntului, purtînd numele de monomanie (mai precis, una din subgrupele ei : *monomania instinctivă).*

Problematica monomaniei porneşte de la Philippe Pinel (1745—1826) care vorbeşte, primul, despre *mania sine delirio,* (1798), concept de care se foloseşte nu numai Esquirol atunci cînd îşi dezvoltă teoria despre monomanie, ci şi toată şcoala franceză din secolul al XIX-lea, atunci cînd va vorbi despre delirurile parţiale. Să nu uităm că aproape 100 de ani *obsesia nu a fost considerată altceva decît un delir parţial.* Noţiunea de monomanie este creată de Jean Etienne Esquirol (1772—1840) şi oficializată de Dicţionarul Academiei Franceze la 1835. Clasificarea lui Esquirol admite 5 clase mari : 1. lipemania, 2. monomania, 3. mania, 4. demenţa şi 5. idiotismul.

Monomania şi lipemania sînt afecţiuni cerebrale cronice, fără febră, caracterizate printr-o leziune *parţială* a inteligenţei, afectivităţii sau voinţei. Dezordinea intelectuală este concentrată pe un singur obiect sau pe o serie de obiecte circumscrise ; bolnavul porneşte de la un principiu fals, pe care îl urmăreşte însă cu consecvenţă logică, astfel că ia naştere o afectivitate şi acţiuni voluntare eronate. Dar în afară de acest *delir parţial* bolnavul simte, raţionează şi acţionează ca oricine. La baza acestui delir stau iluzii, halucinaţii, asociaţii vicioase, convingeri eronate şi bizare, generînd *monomania intelectuală.*

A doua formă este *monomanie raisonnante,* dar Esquirol, spre deosebire de alţi autori, este de părere că e mai bine să fie numită *monomanie afectivă* sau *monomanie instinctivă* şi *fără delir.* Termenul este important, pentru că reprezintă prima recunoaştere clinică a sindromului obsesiv. Monomaniacul afectiv nu deraiază de la sensul comun al vieţii, dar afectele şi caracterul său (şi aici Esquirol prefigurează genial pe Freud) sînt pervertite. Monomaniacul afectiv justifică mereu starea actuală a

sentimentelor sale, bizareriile conduitei, prin motive plauzibile, prin explicații bine ticluite. Voința este lezată, bolnavul este atras în acțiuni pe care propria sa conștiință le critică, dar pe care nu mai are puterea să le reprime, pentru că actele represive sînt involuntare, instinctive și irezistibile. Este descrierea clasică a unei obsesii sub numele de monomanie instinctivă numită uneori și *delir afectiv* (termenul va face carieră în psihiatria franceză). De la această descriere a lui Esquirol, obsesia va fi mereu descrisă sub numele de delir afectiv, o monomanie fără delir, în nici un caz cu delir parțial cum mai era vorba în primele formulări ale lui Esquirol.

Imediat după ce a fost descrisă de Esquirol, dar și în tot decursul secolului al XIX-lea *monomania instinctivă* a avut numeroși detractori. P. Falret, Prichard, Leuret, dar mai ales Et. J. Georget sînt criticii cei mai vehemenți ai noțiunii esquiroliene, acesta din urmă (Georget) formulînd sloganul : nu există boală mintală fără delir ; iar Kahlbaum (1863) încearcă o corectare a terminologiei lui Esquirol atunci cînd spune că nu există manie fără delir, ci numai o manie cu un delir specific. În acest *delir specific* numit așa de Kahlbaum trebuie întrezărită o și mai minuțioasă circumscriere a psihopatologiei obsesiei. Tot pe o poziție eclectică este și Campagne atunci cînd, în cartea sa „Folie raisonnante" (1869) caută (foarte modern) să apropie monomania instinctivă de *moral insanity*-ul englezesc (deci de psihopatie). Important este însă că deja din această perioadă, cînd cuvîntul încă nici nu fusese pronunțat, se recunoaște că monomania instinctivă este un fenomen *primar* și o boală mintală *parțială* (Snell, 1865). Ipoteză de lucru, cu funcțiune strict istorică, monomania a avut darul să genereze făgașele pe care s-a mișcat ulterior teoria obsesiei, a paranoiei și a ideii prevalente.

Psihopatologia germană a epocii de care ne ocupăm a avut darul să furnizeze fundalul de gravitate (delirantă) pe care obsesia (în ipostaza de monomanie instinctivă) o are. J. Ch. Heinroth (1773—1843) diferențiază noțiunile de sănătate—boală după criteriile *libertate-constrîngere*, astfel că era firesc ca monomania instinctivă (la care *constrîngerea* este fenomenul *princeps* să fie considerată o

boală deosebit de gravă, în speță delirantă (și nu de mică psihiatrie, cum o va face secolul al XX-lea). Dacă păcatul și pedeapsa (Heinroth) sînt momentele etiologice cele mai importante ale psihozelor endogene, atunci obsesivul (care se preocupă mereu de păcat și pedeapsă) trebuie să realizeze o formă maladivă dintre cele mai grave. În acest fel, Heinroth a contribuit ca atmosfera care se făcea în jurul gravității obsesiei, adică a monomaniei instinctive (și care a dus mult mai tîrziu la includerea ei în formele marginale ale schizofreniei, Minkowski) să fie tot mai sumbră, mai plină de *constrîngere*, *păcat* și *pedeapsă*.

În perioada de tranziție de la monomania lui Esquirol la demența precoce a lui Kraepelin, cînd psihozele endogene ajung un fel de *no man's land*, apare pentru prima dată conceptul de obsesie, reprezentare obsesivă și gîndire obsesivă.

Este greu de spus cui îi revine prioritatea lansării noțiunii de obsesie; lucrurile pluteau în aer în jurul anului 1850, în deceniul al șaselea și al șaptelea al secolului trecut. Wilhelm Griesinger (1817—1869), preocupat de diferențierea ideilor prevalente, vorbește (în 1868) despre o *reprezentare obsesivă dubitativă*, care are un conținut psihopatologic învecinat fenomenului obsesiv propriu-zis. Studiul lui Griesinger (1868) e intitulat „Despre o stare psihopatică puțin cunoscută" în care descrie 3 cazuri de *maladie de doute*.

Richard von Krafft-Ebing (1840—1903), singurul reprezentant de seamă al liniei Morel în Germania, vorbea deja cu un an înainte (1867) despre *Zwangsvorstellungen* (reprezentări obsesive), dar înțelegea prin ele modalitatea în care o stare depresivă influențează mersul gîndirii (așadar ceva foarte apropiat prevalentului și katathimicului). În 1866, J. Faieret introduce în literatura franceză cuvîntul obsesie, pentru „conținuturi care asediază (obsidere = a asedia) spiritul". În 1872, Karl Westphal (1833—1890) descrie agorafobia pe baza unor cazuri de *Platzschwindel*, acordînd un rol primordial anxietății în geneza ei, pentru ca în 1877 să formuleze cunoscuta definiție a reprezentării obsesive ca fenomen neafectiv. În 1879, Benjamin Ball descrie claustrofobia în termeni

strict obsesivi (sîntem într-o perioadă în care diferențierea obsesie-fobie nu este încă făcută de nimeni). În același timp, psihiatrii anglo-saxoni traduc nemțescul *Zwang* prin *compulsion*, utilizînd un cuvînt din latina juridică și care avea semnificația de constrîngere. Foarte aproape de influența monomaniei instinctive, Westphal descrie o formă abortivă a paranoiei, în care fenomenele obsesive (parazitare și străine) apar neînglobate și neasimilate delirului. În schimb, includerea obsesiei în paranoia este negată de teoreticienii degenerescenței, cum ar fi Schafer sau Krafft-Ebing ; și nici Mendelson, care încetățenește definitiv termenul de paranoia în psihiatrie (1883) nu mai admite o formă abortivă a paranoiei (cu obsesii).

În monografia sa despre *maladie de doute* (1875), care este o magistrală lecție despre diversitatea clinică a fenomenului obsesiv, Legrand du Saulle îl tratează pe acesta din urmă ca pe un delir, ca pe o monomanie gen Esquirol.

Este meritul lui Karl Wernicke (1848—1905) de a fi diferențiat reprezentările obsesive (care încep să se contureze clinic și teoretic) de ideile prevalente așa cum au fost analizate de Griesinger). Wernicke este primul care constată că obsesia (la fel cu delirul) este un fenomen parazitar, de vreme ce ideea prevalentă este un fenomen autopsihic, pentru că este asimilat și în armonie cu toată persoana.

Dar tocmai acum, la mijlocul secolului al XIX-lea, cînd cuvîntul *obsesie, Zwang* și *compulsion* au fost în sfîrșit pronunțate, obsesia își pierde din nou identitatea. Se dovedește din nou că, la polul opus isteriei, fenomenul obsesiv refuză inclaustrarea sa în vreunul din cuvintele de circulație generală și că nici nu este posibilă calea inversă, adică încetățenirea unui cuvînt medical care să-l desemneze, așa cum s-a întîmplat de mult pentru isterie. De data aceasta, cei doi reprezentanți ai teoriei degenerescenței (Morel și Magnan) sînt cei care încearcă delimitarea clinică a obsesiei.

În teoria sa asupra degenerescenței (1857), B. A. Morel (1809—1873) este de părere că degradarea pe care o ocazionează triada lui Buffon ascultă de două legi : legea eredității duble (morală și corporală) și legea *progresivi-*

tăţii. Progresivitatea este cea care, prin infirmitatea graduală a generaţiilor, duce la dispariţia speciei. Ea se întîmplă de-a lungul a patru generaţii : 1. temperament nervos, incapacitate morală, excese, desfriu ; 2. predispoziţie spre crize, nevroze, alcoolism ; 3. tulburări psihice, suicid, incapacitate spirituală ; 4. oligofrenii ereditare, deformări, inhibiţii ale dezvoltării generale. Obsesiile intră în patologia celei de a treia generaţii, pentru că la Morel obsesia nu este o nevroză (generaţia a doua), ci un delir. De altfel, Morel îl urmează (ca marea majoritate a psihiatrilor francezi din prima jumătate a secolului al XIX-lea) pe Louyer-Villermay, care, în 1816, stabilise că cele două nevroze de bază sînt isteria şi hipohondria. Cîţiva ani după tratatul său despre degenerescenţă Morel revine cu un studiu despre ceea ce el numeşte *delir emotif* (1866) şi care cuprinde : obsesiile (termenul este încetăţenit în Franţa, în acelaşi an, de Falret), suicidul, criminalitatea, slăbiciunea iritabilă şi ticurile. Termen hibrid, delirul emotiv al lui Morel este o „nevroză a sistemului ganglionar visceral", o definiţie foarte în spiritul epocii, dar care nu spune absolut nimic. Esenţial este doar faptul că pentru Morel *obsesia este un delir* în a cărui etiologie afectivitatea joacă primul rol. În acest fel, Morel este precursorul liniei Kraepelin-Aschaffenburg-Bleuler pentru care obsesia este un fenomen eminamente afectiv. Fără să vrea, Morel a atins aici unul din punctele nevralgice de totdeauna ale patologiei anancaste : fenomen delirant sau fenomen nevrotic ? fenomen afectiv sau fenomen intelectual ? Aceste două întrebări străbat ca un fir roşu, niciodată elucidat, toate teoriile despre obsesie.

Pentru Valentin Magnan (1835—1916), psihiatria se ocupă cu două feluri de boli : 1. alienaţia (cu un substrat organic cunoscut) şi 2. nebunia propriu-zisă (*la folie*), în care psihogeneza şi cauzele obscure stau pe primul plan. *La folie* are două subgrupe : delirul cronic şi degenerescenţa mintală (1885). Degenerescenţa mintală, după Magnan, are următoarele caracteristici : origine ereditară, manifestări polimorfe, un dezechilibru permanent. Ea cuprinde 6 subgrupe : 1. oligofreniile, 2. obsesiile, 3. impulsiunile, 4. delirurile polimorfe, 5. nebunia cu conştiinţa

păstrată şi 6. îndoiala patologică. Grupa obsesiilor este unitară, spune Magnan, pentru că corespunde aceluiaşi fond mental şi ereditar ; ea cuprinde : impulsuri obsesive, perversiunea sexuală, sitiomania (foame exagerată), exhibiţionismul şi onomatomania (repetarea obsesivă a denumirilor). După cum se vede, un grup destul de eterogen, care cuprinde şi fenomene despre care azi nu se mai poate susţine că sînt obsesive ; în schimb, îndoiala patologică (fenomen prin excelenţă anancast) este lăsată la o parte şi descrisă ca grupă separată de degenerare mintală. Parcurgînd cazurile pe care Magnan le dă ca exemplu pentru fiecare categorie, te convingi lesne că la fiecare din cele 6 grupe de degenerescenţă mintală (mai ales la delirurile polimorfe şi nebunia cu conştiinţa păstrată) Magnan nu face nici o deosebire între cazuri care astăzi, după Janet şi Binder, pot fi sigur diagnosticate ca schizofrenie, sau boală obsesivă. În tot cazul, nebunia cu conştiinţa păstrată (sau cel puţin cazurile descrise de Magnan în acest capitol) sînt, cînd schizofrenii clasice, cînd obsesii maligne, dar mai ales din acestea din urmă. Nu este lipsit de interes să menţionăm că, mult înaintea lui Magnan, Trelat vorbea despre o formă clinică pe care o numea „psihoză conştientă" (în care conştiinţa bolii este păstrată) şi care, în ciuda termenului hibrid, circumscrie foarte bine semnificaţia bolii obsesive. În ceea ce priveşte psihopatologia obsesiei la Magnan trebuie să mai reţinem un lucru foarte important : continuînd o idee a lui Falret (fiul), el susţine că *în obsesie, psihicul este lezat global,* chiar dacă tulburarea *pare* limitată la un singur sector. Pentru Magnan *la dégénérescence méntale* este totuşi un *delir al degeneraţilor*, un delir fără demenţă, un delir (aparent) parţial, dar (adaugă Magnan, criticîndu-l pe Esquirol) nu o monomanie. În sfîrşit, credincios teoriei înaintaşului său Morel, Magnan nu uită să sublinieze că obsesia este unul din cele mai caracteristice stigmate intelectuale, înţelegînd prin stigmat orice dispoziţie care împiedică evoluţia firească (conservare şi reproducere) a organismului.

Contribuţiile la problemă ale psihiatrilor, începînd de la sfîrşitul secolului trecut şi pînă astăzi, pot fi parţial preluate într-o discuţie contemporană privind nevroza

obsesivă ; ceea ce nu e cazul cu opiniile mai vechi. Fiecare epocă şi fiecare socio-cultură, pe de o parte, înregistrează un anumit peisaj inedit de „boli psihice", iar pe de altă parte îşi formulează despre ele o concepţie, la fel de inedită. Patologia psihiatrică este dependentă de structura unei culturi mult mai mult decît restul medicinei, atît în ceea ce priveşte modalităţile de expresie, cît şi interpretarea.

În zilele noastre putem studia şi analiza doar suferinzii şi bolnavii „psihici" pe care-i întîlnim, iar în înţelegerea acestora, datele istoriei ne ajută destul de puţin. În orice caz, astăzi, studiul nevroticului se poate face, nu pornindu-se de la „bolnavul obiect" (aşa cum se făcea în celelalte epoci care alienau bolnavul psihic prin distrugere, părăsire sau claustrare), ci pornindu-se de la persoana umană conştientă, normală.

Interesîndu-ne problema obsesiei, urmează deci — pentru început — a vedea cum se prezintă ea în perspectiva antropologiei generale şi a psihologiei normale. După care e necesar a se schiţa caracterizarea generală a mutaţiei, a diferenţierii nevroticului sau bolnavului mintal (în raport cu omul „normal") pentru a sugera cadrul general în care ne vom plasa analizînd nevroza obsesivă şi boala anancastă.

2. ABORDAREA OBSESIEI DIN PUNCTUL DE VEDERE AL ANTROPOLOGIEI GENERALE

Ce semnificaţii are şi unde se plasează obsesia în structura persoanei umane conştiente ?

Vom începe discuţia utilizînd textul platonician al „Apologiei lui Socrate", în care acesta, la un moment dat, spune : „Poate părea absurd faptul că am dat fiecăruia din voi sfaturi în particular şi că nu am avut curajul să apar niciodată în adunările poporului, pentru a da sfaturile mele patriei. Ceea ce m-a împiedicat, atenieni, este acest daimon familiar, această voce divină despre care m-aţi auzit aşa de des vorbind şi din care Melitus a făcut cu plăcere un cap de acuzare împotriva mea. Acest

daimon mi-a apărut din copilărie ; e o voce care nu se face auzită decît atunci cînd vrea să mă întoarcă, să mă îndepărteze de la ceea ce am hotărît deja ; căci ea niciodată... nu mă îndeamnă să întreprind ceva. Această voce e aceea care mi s-a opus totdeauna atunci cînd am vrut să mă amestec în afacerile republicii..."(1).

Acest pasaj ne plasează în centrul problematicii motivației umane.

În mod general, Socrate spune : „Uneori, cînd intenționez să întreprind o acțiune, „ceva" din mine, o voce, se opune și astfel nu mai îndeplinesc acțiunea respectivă". Astfel, drumul de la intenție și deliberare la act este frînt prin duplicitatea motivației. Pe de o parte apare o direcție de acțiune fundată într-o motivație acceptată conștient, pe de altă parte apare o motivație opusă, pe care Socrate o simte străină de ființa sa conștientă și care determină oprirea acțiunii respective.

Motivația trăirilor și actelor psihice ne apare cel mai des ca naturală, ca spontană și aparținîndu-ne. Naturală, în sens că la naștere (nativ-natura) în noi și prin însăși acest fapt ne aparține fără de fisură. Motivația — și actul consecutiv ei — sînt resimțite cu atît mai spontane, cu cît procesul de deliberare apare ca un implicat al actului, ca „de dedus" din el și nu explicit, ca un text în care să se citească toate tatonările. Cînd alegerea sau invenția unei eventualități se erijează în problemă de rezolvat, cota spontaneității scade. În mod general, eventualitățile de opțiune sînt parțial alese din tabele cunoscute persoanei, parțial inventate. Deliberarea înseamnă reducția unei multiplicități posibile la o realitate univocă. Se presupunea (pornindu-se de la Kant) că această reducție e fundată în însăși „unitatea și puterea sintetică apriorică" a subiectului conștient. Ipoteza kantiană trebuie să dialogheze însă cu realitatea „multiplicității în unitate" a persoanei și conștiinței umane. Aceasta se desfășoară în raportarea individului față de alții, față de tot și față de sine.

Într-o deliberare, individul uman nu se desfășoară doar în numele său, ca unitate indivizibilă. El se desfășoară și în numele apartenenței sale la grup, ca fiind structurat prin identificări multiple. Hotărîrile sale sînt

în mare măsură tipul de hotărîri ale celorlalţi, ale grupului pe care el îl acceptă şi îl adoptă. De aici derivă o primă duplicitate a motivaţiei şi deliberării, care apare clar în situaţia *compromisului*. În compromis, individul acceptă şi adoptă o motivaţie care nu-i aparţine, care-l conduce la acte şi trăiri de care nu se desolidarizează explicit ; ele sînt şi nu sînt ale sale.

Socrate nu a acceptat compromisul. Fiind solidar cu sine, şi-a păstrat apartenenţa integrală la sine a actelor sale (sau cel puţin sentimentul acestei apartenenţe). Dar acelaşi Socrate care nu accepta să fie de acord pentru alţii cu ceea ce nu era de acord pentru sine, asculta totuşi de vocea sa interioară, de daimonul său, care-l scinda motivaţional. Apare astfel o nouă duplicitate, care trebuie comentată.

Daimonul socratic presupune o anumită „transcendenţă". Daimonul grecesc face parte din aceeaşi serie fenomenologică cu „geniile" antichităţii latine şi ale evului mediu. Toate acestea erau considerate ca făcînd parte din alt regn decit cel al omului individual, concret.

În concepţia celor vechi, geniul era puntea de legătură între individ şi zeitate, „locul" acestui contact posibil, canalul prin care persoana putea participa la lumea divină, în primul rînd în situaţia inspiraţiei. Genius (2) este, în sfera de reprezentări a limbii latine, principiul însufleţitor al corpului, asociat cu el în momentul naşterii, dar separabil de corp prin moarte, cînd devine o „larvă" sau un „lemur". Genius exprimă deci o noţiune înrudită cu „animus", ba chiar cu „deus", deoarece omul trăieşte sub tutela geniului său, i se roagă, îl adoră, i se jură, îi aduce sacrificii.

Daimonul grecesc e oarecum similar geniului latin. Întocmai cum fac romanii pentru geniu, grecii aduc sacrificii daimonului lor cu ocazia zilelor aniversare. Daimonul este propriul individului şi totuşi, într-un fel, e o entitate deosebită de suflet, deoarece unele mărturii literare ni-l arată conducînd sufletul omului după moarte.

Daimonul lui Socrate se opune, ca o forţă supraconştientă, unei acţiuni ; într-un fel, el dă sfaturi, e un principiu motivaţional. Dar de cîte ori Socrate ascultă

de sfatul daimonic, lucrurile ies bine. El este o putere protectoare și binefăcătoare, un *agathes daimon.*

Evul mediu a înregistrat și el geniul ca un principiu supraindividual și transcendental, ca o „punte spre dumnezeire". Geniul este asimilat de Thomas d'Aquine regnului „angelic", adică unor entități spirituale extraindividuale, care pot influența comportamentul uman.

De-abia mai tîrziu, la Hegel, transcendența supraindividuală a geniului nu invocă alt regn, ci doar apartenența la sursa genetică. Această mutație a motivației transcendentale daimoniene din supraomenesc în omenesc se întîmplă pregnant deja la Kant, o dată cu imperativul categoric și conștiința morală ca principiu motivațional (al rațiunii practice). Transcendența imperativului categoric nu presupune raportarea la suprauman și nici la „cîțiva oameni", ci la „toți oamenii". Într-un sens mai larg poate fi vorba de raportarea la ansamblul umanului, la orizontul de umanitate propriu fiecărui om. Această referire face posibilă și existența umană ca proiect. În orice caz, faptul că individul uman se consideră solidar cu toți și cu totul introduce un principiu motivațional abstract, extraindividual și o dată cu aceasta, o „duplicitate a transcendenței", a depășirii de sine a omului, înspre alții, înspre creație, înspre Tot.

În sfîrșit, raportarea persoanei față de sine poate frînge de asemenea unitatea sa. Și aceasta, deoarece omul e o ființă diacromă. Prezentul și actualitatea omului conștient sînt în permanent dialog, raportare, întreținere și intercondiționare cu trecutul și viitorul său. Actualul conștiinței se structurează prin angajarea persoanei într-un act cu sens. Trecutul întîmplat sau viitorul posibil se pot însă insinua în actualitatea conștiinței, sustrăgînd-o dinamismului actant. Un trecut poate refuza statutul de trecut, impunîndu-se ca un permanent „actual", parazitînd și disociind unitatea conștiinței.

În raport cu spontaneitatea, naturaletea și apartenența la sine a deliberărilor uzuale, situația compromisului, situația daimoniană și cea a parazitării conștiinței prin trecut sînt situații duplicitare. *Obsesia* e și ea o situație

duplicitară din aceeași gamă, plasată în marginea normalității. În obsesie, individul nu mai resimte realitatea prezentă a psihismului său ca fundată într-o motivație care-i aparține integral, la care aderă integral sau cu care se identifică integral. Se produce o sciziune care, pînă la un punct, e similară compromisului, ruminației morale sau invaziei trecutului în conștiință. Atît doar că, în situația compromisului, individul acceptă în cele din urmă realitatea în totalitatea ei, pe cînd în obsesie se preface doar că o acceptă, dar fără a adera propriu-zis la motivația care o generează. *Obsesia ar fi deci o trăire „personală", pe care însă persoana nu o acceptă ca a sa ca urmare a desolidarizării explicite de procesul motivațional care o generează.* O astfel de trăire paraziteză psihismul, îl asediază, restrînge libertatea motivațională. În măsura în care persoana nu mai resimte ca aparținîndu-i, nu numai procesul motivațional, ci și trăirea însăși, aceasta îi apare ca un corp străin, nesolidar cu ansamblul psihismului, introdus în acesta din exterior, avem o situație mai gravă, mai patologică : *situația automatismului mental* (3).

Discuția purtată pînă aici plasează obsesia în domeniul *problematicii libertății deliberative a omului.* Obsesia ca atare este o trăire, un produs al unei desfășurări deliberative. Or, deliberarea implică libertatea alegerii, opțiunii, angajării. Și alte aspecte ale trăirii umane sînt legate de aceeași serie problematică. În primul rînd dificultatea alegerii, deci nesiguranța, îndoiala în fața opțiunii ; sau rezolvarea acestei drame a alegerii prin acceptarea unei rigidități puțin diferențiate care să eludeze problema. Ca un corolar al acestora apare problema „personanței", a „individuației" în sensul dezbătut de Jung (4), adică trăirea apartenenței la sine (deci la o persoană) a actului deliberativ, în cadrul identității cu sine ; ceea ce, pe plan negativ, psihopatologic culminează în „depersonalizare". Toate aceste probleme încadrează obsesia, fac parte din aceeași structură cu ea.

În concluzie, comentariul obsesiei se poate face cel mai bine, cel mai complet, paralel cu comentariul psihopatologiei libertății deliberative a omului.

3. PREZENȚA OBSESIEI ÎN CADRUL PSIHISMULUI NORMAL

Obsesia, ca trăire, e un fapt de psihologie curentă, care poate apărea la orice om în diverse circumstanțe. Obsesia face parte din drama existenței fiecărui individ uman, iar descrierea sa, ca fapt de patologie psihică, nu se poate face decît după inventarierea ei în normalitate. Urmează deci să trecem în revistă modalitățile obsesiei ca fapt psihologic.

Înainte de a parcurge acest inventar vrem să mai subliniem faptul că trăirile umane sînt trăiri integrative care asigură prezența structurată, orientată și activă a persoanei la lume și în lume, care garantează individului consistența realului, precum și sentimentul devenirii. Trăirea obsesivă modifică acest flux.

MODALITĂȚILE OBSESIEI ÎN NORMALITATE

Pericolul vital. După trăirea de către individ a unui pericol vital, amintirea situației respective, a scenelor ce o compun, a semnificației acestui eveniment continuă un timp să „obsedeze" persoana, să o „asedieze" (obsesie — *obsidare* — a asedia). Evenimentele importante trăite de orice om sînt „metabolizate" de persoană după o anumită curbă. O perioadă anumită (5), evenimentul poate fascina persoana, poate ocupa persistent cîmpul de conștiință ca o temă prevalentă din care nu poate ieși. Apoi preocupările individului încep să se diversifice, dar din cînd în cînd elementele trăirii respective pot reapare în conștiință fără voia sa, parazitînd-o. Subiectul vrea să scape de aceste gînduri, reprezentări, trăiri afective, luptă împotriva lor, dar nu reușește decît cu greu să le îndepărteze. Trăirea cu pricina nu e încă metabolizată complet, zace în preconștiință, de unde, la modul amfibiu, se prezintă din cînd în cînd conștiinței ca temă obsesivă. Două căi posibile pot urma acestei trăiri încrustate în preconștient — ca un actual atemporal: a) fie încetul cu încetul, ea este integrată în fondul mnezic, dizolvată în memorie, pierzîndu-și orice forță

motivațională pentru individ (în afară de cea de sursă de informații, sursă de amintire); b) fie că se păstrează ca un corp străin preconștient, care nu mai apare ulterior nemijlocit în conștiință ca obsesie, dar care grefează sistemul motivațional al individului. Această grefare se poate manifesta în mai multe feluri: 1. tema evenimentului poate reapare intermitent în conștiință ca obsesie, dar nu prin materialul său nemijlocit, ci printr-un material de împrumut sau simbolic; 2. poate influența într-un anumit sens deciziile și comportamentele individului; 3. poate încărca fundalul psihismului, favorizînd alte tipuri de reacții, care altfel nu s-ar produce sau s-ar produce mult mai greu; 4. poate constitui o „matrice-model" pentru reacții actuale, reacții care pot reactualiza scena primitivă.

Ne amintim de o pacientă care în timpul războiului a fost pusă la zid pentru a fi executată și a fost salvată în ultimul moment. De atunci, de cîte ori avea un conflict mai intens, retrăia subiectiv momentul vital amenințător din tinerețe; ca într-o recădere mnezică, auzea din nou vocile acelor soldați străini, totul, bineînțeles, într-o stare crepusculară.

În concluzie, evenimente excepționale care angajează liminar vital persoana pot să devină „urme de neșters", se pot instaura pentru totdeauna în persoană într-un loc privilegiat, de unde emergența în conștiință e facilă și influența asupra trăirilor și actelor este importantă.

Acest „corp străin", neasimilat din structura motivațională a persoanei a fost numit de unii autori „complex" (6).

Impersionabilitatea obsesivă. În cazul în care omul e obosit de o muncă intelectuală intensă sau de insomnie, e epuizat psihicește, are o stare de vigilitate diminuată, un cîmp de conștiință mai slab structurat etc., în aceste cazuri, omul e mai distras. Într-un anumit limbaj psihologic se vorbește despre slaba capacitate de concentrare și distractibilitatea atenției. Atenția (noi am spune cîmpul de conștiință) e mai vulnerabilă față de excitanții exteriori care-o captează cu ușurință (7). Omul obosit, care se întoarce de la serviciu, e atras de toate reclamele mai pregnante, de semnalele sonore mai stri-

dente, de un eveniment mai deosebit în fața căruia se oprește și asistă pasiv ; la fel, poate fi absorbit de un gînd interior făcînd — din acest motiv — abstracție de preajma sa, lovind din greșeală pietoni sau trecînd strada pe roșu. Această pasivitate a persoanei cu un cîmp de conștiință relaxat e propice persistenței unei teme : o melodie auzită persistă încă un timp fredonată sau imaginată interior, un obiect frumos și atrăgător face pe om să-i rămînă mult timp gîndul la el. Cu atît mai mult un eveniment deosebit, ieșit din comun prin extravaganța sau extraordinarul său noetic sau mai ales un eveniment care impresionează afectiv neplăcut (cum ar fi un accident văzut, asistarea la o scenă penibilă) sau puterea acestei instaurări și persistențe în conștiința individului. Uneori ele persistă fascinant, alteori cu aspectul unei parazitări, cu imposibilitatea subiectului de a se debarasa de impresia trăită (sau de gîndul stîrnit), cu toată intenția sa de a se angaja într-o activitate oarecare, alta decît cea parazitantă. Sîntem în domeniul impresionabilității obsesive. Acesta este, desigur, un fenomen banal din domeniul normalului, dar frecvența și intensitatea sa crește în toate împrejurările care relaxează structura cîmpului de conștiință, scad nivelul stării de veghe și forța atenției. De asemenea, rezonanța afectivă deosebită a unor evenimente la care individul asistă o poate favoriza.

Să mai notăm cu această ocazie încă un fapt care ține de asemenea de psihismul normal. Cînd cîmpul de conștiință e mult relaxat, ca de exemplu înainte de adormire sau atunci cînd omul se lasă „furat de gînduri", poate apărea următoarea situație : trăirile se succed uneori cu puțină legătură între ele, desfășurîndu-se oarecum la voia întîmplării pe fondul de pasivitate al psihismului. Temele apar acum din fondul mnezic și nu ca o instaurare a exteriorului ca în simpla impresionabilitate obsesivă. Modelul și cadrul fenomenului sînt însă aceleași.

Obsesia consecutivă trăirii unui pericol vital sau cea legată de o impresionabilitate obsesivă realizează situația în care trecutul mnezic își refuză statutul de trecut

și se insinuează în conștiința actuală, dedublînd actualul trăit. Cu alte cuvinte, acest tip de obsesii e fundat în duplicitatea conștiinței ce rezultă din raportarea persoanei la sine, ca realitate diacromă. Din duplicitatea persoanei conștiente, care e fundată în cuplul pe care ea îl realizează cu alții, rezultă obsesiile compromisului și cele legate de trăirea penibilului și a rușinii; după cum din raportarea „persoană conștientă — tot uman" rezultă obsesiile morale.

Trăirea umilinței și a penibilului. Ne referim acum la o gamă de situații, ca trăirea unui eveniment penibil, umilitor, trăirea unei jigniri, a atingerii pudorii și demnității, cu rușinea consecutivă tuturor acestora. Acestea nu se mai consumă într-un cadru personal, de simplă raportare a individului la lume în general și la sine, ca în cazul pericolului vital sau al impresionabilității obsesive. Dimpotrivă, în aceste cazuri avem o confruntare directă a individului cu un altul sau cu alții (într-un grup social delimitat), se consumă o dramă relațională și tot ce urmează e consecința acestor relații interumane nemijlocite, care stau sub semnul compromisului.

Ca reacție în cadrul normalității, situația penibilului, a înjositorului, a degradantului, a jignirii duce la trăiri prevalent-obsesive, care se cer sancționate într-un fel de „încheiere a socotelilor" sau „încheiere a dosarului". După un pericol vital sau într-o impresionabilitate obsesivă, individul e într-o situație de pasivitate de nedepășit printr-un act catarctic; lipsește obiectul în raport cu care acest act să se desfășoare. După trăirea unei situații penibile sau de umilință *în raport cu cineva*, acest obiect este prezent. La naștere în individ o stare de tensiune care-l dinamizează, mai mult sau mai puțin clar, spre ceva ce să rezolve starea sa. Uneori, ceea ce urmează a se face este de la început limpede, alteori rămîne doar o tensiune difuză care-și găsește eventual o descărcare impulsivă. Mai sînt însă și alte eventualități: găsirea unei descărcări surogat — compensatorie — sau închiderea în sine în spatele unei măști și încercarea de a înfrînge propensiunea spre actul ripostă. Totul de-

pinde, desigur, de împrejurările în cauză şi de tipul de personalitate, de structura acesteia.

Trebuie notat că în trăirile ce urmează situaţiilor umilitoare sau penibile, din care individul s-a retras mai mult sau mai puţin înfrînt, mai apare o notă, şi anume : sentimentul încercat de subiect că este în centrul atenţiei, că toţi oamenii cunosc întîmplarea sa, că e judecat de ceilalţi, de opinia publică, că prin însăşi întîmplarea sa nu este indiferent restului oamenilor. Acest sentiment de „relaţie senzitivă" e trăit diferenţiat în funcţie de structura morală a persoanei.

Trăirea culpei şi ruminaţia morală. Jignirea şi înjosirea fixează individul pe nişte criterii precise. Aceste trăiri îl fixează pe un trecut, pe o temă precisă, pe un individ anume sau pe un grup delimitat. Tensiunea care ia naştere, sistemul motivaţional ce se construieşte şi actele consecutive se raportează la aceste date.

Individul îşi pune problema opiniei pe care altul sau grupul determinat şi-a făcut-o faţă de el şi în raport cu aceasta se organizează trăirile şi actele sale.

Există însă şi o altă situaţie în care obsesia se poate instala la fel de pregnant, dar în care instanţa de referinţă nu mai e socialul din lumea înconjurătoare, ci o instanţă interioară. E vorba de sentimentul de culpă. Trăirea culpabilităţii se instalează central în persoană, dar ea nu se raportează la cei din jur decît indirect, iar rezolvarea ei şi a stării obsesive corespunzătoare are de asemenea mai multe soluţii.

Una din modalităţi e o fugă de tip Cain. Actul moral negativ, indiferent în ce formă s-a realizat, indiferent dacă cineva ştie sau nu de el, se înrădăcinează în persoană şi de acolo „vocea" conştiinţei morale răsună obsesiv, parazitînd existenţa, reducînd libertatea persoanei. Şi omul nu-şi mai găseşte locul, „fuge", fie în spaţiu, schimbînd mediile sociale, fie în preocupări diverse, fără a-şi putea găsi însă liniştea. Acest sentiment de oulpă, de vinovăţie (care şi el apare după un act definit) poate fi trăit vag sau pregnant în funcţie şi de structura persoanei şi de tipul actului săvîrşit.

Lady Macbeth instigă şi participă la omor ; obsesiile ei sînt şi ele clar definite : reprezentări obsesive, ritu-

aluri obsesive de anulare retroactivă și disculpă morală (spălarea mîinilor) etc.

Fuga în fața acuzei conștiinței morale nu e singura atitudine posibilă a omului. El mai are la dispoziție și posibilitatea căinței. O primă formă a acesteia ar fi încercarea de contracarare a actului moral negativ prin angajarea pe calea unei răscumpărări (așa procedează Nehliudov în „Învierea" lui Tolstoi). În aceste cazuri, fenomenul obsesiv se transferă de obicei într-o trăire prevalentă care modifică persoana schimbîndu-i sensul vieții. Într-o modalitate mai complexă, căința nu mai e un fenomen de simplă contracarare și răscumpărare morală. Căința propriu-zisă are la bază, nu un act ce se desfășoară în lumea înconjurătoare, ci o regenerare morală. Această regenerare morală — care pretinde un timp de metabolizare — se referă la o retransformare a persoanei; pentru că ea nu e legată doar de răscumpărarea unui act moral reprobabil accidental, ci de unul deliberat, de ceva ce a fost însăși intenția persoanei, sistemul său axiologic. Rascolnicoff (Dostoevski — Crimă și pedeapsă) omoară în numele unor principii, al unei axiologii și finalul cărții — cînd începe regenerarea sa morală — e începutul construcției unei noi axiologii. Căința propriu-zisă nu e simplă penitență, răscumpărarea morală sau obținere a iertării; deci nu e simplu act exterior, ci reconstrucția unei motivații și a unui sens existențial.

Faptele de psihologie menționate pînă aici, adică reacția obsesivă în urma trăirii unui pericol vital, impresionabilitatea obsesivă, trăirile consecutive unei umiliri, unei rușini, trăirea culpei, toate realizează o torsiune în trăirea banală și naturală a vieții creatoare. Se realizează o înrădăcinare a persoanei în ea însăși în detrimentul expansiunii creatoare, o persistență a unui actual care se refuză a deveni trecut prin depășire și prin aceasta limitează temporar libertatea persoanei.

Toate acestea fac parte din normalitate, din psihologia omului normal, iar viața omului se construiește prin depășirea lor, prin soluții care să facă din individ din nou un om, care instaurează noul în lume. Dar atît timp cît trăirile din gama obsesivă persistă, ele nu per-

mit instaurarea relaxării şi a destinderii, a calmului şi entuziasmului profund şi deci nici plenitudinea şi fericirea, pe care le întunecă cu umbra lor. Deşi trăirile din gama obsesivă nu scot individul din existenţa sa socială, ele modifică totuşi, alterează într-un fel modalităţile sale relaţionale; obsesia pericolului vital e anxiogenă şi izolează; trăirea umilinţei şi ruşinii creează senzivitatea şi sentimentul dezvăluirii intimităţii proprii în faţa altora; trăirea culpei face imposibilă comuniunea sinceră. Toate acestea se desfăşoară într-o atmosferă de nelinişte şi tristeţe, de incertitudine sau disperare; în orice caz, într-o gamă de pesimum afectiv.

Trăirile psihice menţionate pînă aici (şi la fel filozofarea, autoanaliza, aşteptarea anxioasă, frica şi altele pe care nu le mai analizăm), toate sînt elemente ale normalităţii. Unele din ele fac parte din ceea ce am putea numi suferinţă omenească. Suferinţa este însă o dimensiune a omului la fel cum e şi solidaritatea interumană, dorinţa de înţelegere, comprehensiunea, interraportarea sau — pe de altă parte — puterea de a „suferi suferinţa", de a o depăşi, de a se depăşi şi a se mişca pe traiectoria vieţii ca un om angajat, creator de lume şi de sine. Ceea ce realizează viaţa obişnuită şi normală e infinit mai bogat, mai variat, mai greu sistematizabil decît ceea ce se întîmplă în boală, în anormalitate.

Unde, la ce nivel, prin ce mecanisme „se întîmplă" schimbarea, mutaţia, modificarea care şăräceşte modalitatea de a fi a fiinţei umane? În astfel de împrejurări nu este poate bine să se plece în frunte cu întrebarea „de ce?", ci să se urmărească din variate incidenţe peripeţiile omului angajat pe calea minusului nevrotic. Tabloul care rezultă ar putea da eventual şi o imagine comprehensibilă.

4. OBSESIA ŞI PSIHOPATOLOGIA

Obsesia devine fapt de psihopatologie atunci cînd se plasează într-un cadru de anormalitate sau boală psihică. Situaţia nevrotică a omului este cea care a ocazionat în primul rînd comentariul psihopatologic al obsesiei.

De aceea, în paginile ce urmează vom încerca o scurtă caracterizare a nevrozelor. Vom folosi însă, la acest nivel, mai puțin un limbaj tehnic psihiatric, cît unul apropiat de antropologia generală și de psihologie. În capitolele lucrării se va trece treptat la analiza propriu-zis psihopatologică și psihiatrică a obsesiei.

Problema nevrozei este corelată cu problema anormalității. Considerarea unei persoane umane, a trăirilor și manifestărilor ei se poate face doar în cadrul socio-cultural real în care ea există și se manifestă. În raport cu acesta, persoana poate fi etichetată ca încadrată, anormală sau alienată. Persoana cu un comportament și cu o axiologie aberantă, în raport cu normele acceptate de lumea sa microsociologică și de cadrul său socio-cultural general, va fi considerată o persoană anormală. În această versiune a considerării, anormalitatea e în funcție de cultura și grupul social de referință, precum și de subiectul care face aprecierea pe baza unor criterii. Grupul social poate oferi ca punct de sprijin o normă, o normalitate a mediei statistice. Norma aceasta poate fi stabilită obiectiv prin degajarea mediei comportamentelor expresive ; dar este și un fapt resimțit de membrii grupului, ca ceva ce definește apartenența la el a unui individ anume.

Cultura grupului, a societății umane în cauză, stabilește norma ideală ; adică faptul cum e imaginat în cadrul social respectiv tipul uman ideal. Această normă ideală a unei culturi se erijează în principii educative și în norme juridice.

Considerarea unui individ uman drept anormal presupune deci plasarea celui ce face această etichetare pe coordonatele socio-culturale ale unui grup. Dar, în însuși interiorul groasei benzi a normalului, indivizii umani nu sînt întrutotul asemănători, ci pot fi identificate persoane particulare, pot fi operate distincții creatoare de tipologie. În plus, fiecare persoană umană este o realitate unică și nerepetabilă.

În perspectivă psihopatologică ne poate interesa doar anormalitatea fundată într-o structură aparte, disarmonică a unei personalități deficitare. Deci o anormalitate fundată într-un minus personic, într-o persoană care,

nu numai că nu se încadrează în normele socio-culturale, dar nici nu le asimilează în vederea unei depăşiri creatoare. Mai mult chiar, o persoană deficitară poate deveni neadaptivă, nu numai în raport cu alţii, ci şi în raport cu definiţia sa, în raport cu ceea ce i-ar permite realizarea şi eventual supravieţuirea sa ca persoană.

Persoana anormală în sens psihopatologic îşi găseşte o limită superioară în caracteriologie. Tipurile principale ale diverselor caracteriologii pot constitui capete de linie pentru „caractere anormale". În cazul unei alterări psihopatologice grave a personalităţii, care scoate individul din circuitul realităţii umane adaptative, deci în cazul psihozei, intervin modificări formale, destul de indiferente faţă de caracteriologie. Între persoana normală, cu tipologia ei, şi persoana psihotică, alienată, deci în spaţiul ocupat de caracterele anormale, se plasează problema nevrozei şi a psihopatiei. Mai trebuie menţionată problema reacţiilor psihice anormale care se pot dezvolta atît la persoane considerate normale, cît şi la persoane particulare şi psihopate. În sfîrşit, trebuie subliniat că există grade şi nuanţe în cadrul caracterelor care se îndepărtează de normal. Şi anume, de la persoana infantilă sau fragilă la persoanele particulare, cu unele trăsături mai accentuate, spre persoanele psihopate cu grave tulburări de caracter şi pînă la structurile psihice foarte disarmonice, monstruoase.

Din punct de vedere antropologic, nevroza poate fi comparată cu o stare de înfrîngere şi de suferinţă specială a unei persoane particulare, mai fragile şi mai imature ; înfrîngere realizată în urma cumulării trăirilor psihice neplăcute, a conflictelor intrapsihice, a blocării aspirativ-valorice şi a uzurii energetice, biologice. Persoana astfel înfrîntă, suferindă, îşi „dă demisia" de la responsabilitatea matură de a se autoconduce în viaţă, trăieşte imposibilitatea sintezelor integratorii, precum şi o anumită denivelare psihică. Răul resimţit subiectiv, mai ales sub forma simptomelor nevrotice, este lamentat mereu către alţii şi mai ales către medic. Nevroticul „pune o ipotecă" pe alţii, aderînd de ei cu plîngerile sale. Se instalează apoi o rentă afectivă şi socială. În ansamblu, nevroticul lasă impresia de duplicitate nefirească.

Această caracterizare generală a nevrozei făcută din perspectivă antropologică, deşi încă vagă, conţine termenii caracterizării sale psihopatologice. În continuare vom relua pentru comentariu unele aspecte ale circumscrierii nevroticului.

Nevroticul există şi se manifestă astfel încît se încadrează într-un statut social special, asemănător cu cel al suferindului, bolnavului şi copilului, toate luate la un loc. Acest statut implică protecţia, protecţie pe care pacientul o solicită de la un altul, fie explicit, fie indirect, prin simptome. Statutul social al suferindului implică respectul suferinţei şi compasiunea ; cel al bolnavului, grija şi îngrijirea competentă ; cel al copilului — protecţia educativă. Într-o criză sufletească, individul uman simte nevoia unei înţelegeri şi a unui sprijin din partea altora. Dar nu orice stare de suferinţă umană, orice chin sufletesc, orice situaţie reactivă sau conflictuală e asimilabilă nevrozei. Suferinţa nevrotică, grevată de simptome, e mai puţin univocă şi unitară, e mai încurcată şi duplicitară. Şi un bolnav somatic are un ansamblu de trăiri şi un statut social care seamănă cu ale nevroticului. Dar situaţia socială şi suferinţa generală consubstanţială bolii nu se identifică cu nevroza. Desigur, un fost bolnav poate avea tendinţa de a exagera, prelungi şi chiar inventa un statut de bolnav, ca o consecinţă a avantajelor sociale şi afective ce decurg de aici. Nevroza este însă ceva mai mult. În orice caz, relaţiile interpersonale şi relaţiile sociale în general se modifică în cazul nevrozei, îşi pierd plenitudinea şi naturaleţea. Apare o anumită dependenţă afectivă de anturaj şi o permanentă debitare a simptomelor în public, către alţii. Astfel drama nevrotică nu poate fi definită pe un individ luat izolat, ci în cadrul relaţiilor interpersonale, „intersubiective" (E. Pamfil).

Nevroticul se dezangajează din principalele roluri sociale sau le îndeplineşte cu efort, suferinţă şi neplăcere. Apare şi o dezangajare morală, cu trăirea culpei, precum şi o dezangajare valorică globală. Nevroza poate fi comparată şi cu slăbiciunea sau epuizarea forţelor unui om. Dar slăbiciunea, fragilitatea, epuizarea, uzura sînt

determinații mai generale decît nevroza, care e o modalitate aparte de a suferi, o modalitate specială și încurcată a omului de a fi slab. Mai mult, în cadrul nevrozei, slăbiciunea poate să nu fie originală, ci să fie o consecință a devierii și nevalidării forțelor în circumstanțele unei modificări a structurii psihismului. Ceea ce nu înseamnă că epuizarea bioenergetică nu poate interveni, ca un factor printre alții, în etiopatogenia nevrozei.

Nevroticul se mai caracterizează și prin prezența unor simptome resimțite și exprimate. Trăirea și expresia fac corp comun în nevroze, individul devenind lamentativ sau traducînd ușor trăirile subiective în comportament, prin intermediul canavalei motivaționale. Principalele simptome nevrotice sînt: astenia, anxietatea, fobia, obsesia, depresiunea, cenestopatiile, „conversiunile corporale" ale trăirilor psihice neplăcute și modificări ale cîmpului de conștiință. Aceste trăiri-simptom exprimă situația nevrotică de dezangajare și hipobulie (voință scăzută), de dezrădăcinare psihică și nesiguranță, de pesimum afectiv și îngustare a libertății, de duplicitate și incapacitate de depășire integrativă a problemelor vieții. Toate simptomele nevrotice derivă din trăiri din gama normală a existenței umane. Aceste trăiri în context nevrotic se impun cu o anumită forță care face ca individul să le trăiască „pasiv-expresiv", iar comportamentul său să fie un comportament de apărare și nu de depășire. Simptomele nevrotice derivă dintr-o motivație profundă, nestăpînită de subiect, care dublează motivația sa naturală, obișnuită.

Din cele spuse pînă aici rezultă că situația de tip nevrotic trebuie totuși deosebită de cea a omului înfrînt, de criza sufletească simplă pe care o trăiește orice om și cu care se aseamănă la prima vedere. Aceasta din urmă, ca fapt normal, e unitară și comprehensibilă, e autentică și neduplicitară. Nevroza e un tip special de suferință umană, un tip special de om înfrînt, pe care nu-l înțelegem totdeauna simplu și nemijlocit și a cărui situație trebuie deseori să o descifrăm prin interpretare.

În perspectivă dinamică, nevroza poate apărea la un anumit moment în traiectoria vieții unui om. Impasul nevrotic inițial se poate remite sau, dimpotrivă, poate

fi începutul unei dezvoltări nevrotice mai mult sau mai puțin grave. O importantă problemă e cea a raportului dintre nevroză și structura persoanei. Teoretic și practic, se pot nota următoarele situații :

1. O persoană mai fragilă din motive energetice, de imaturitate sau din cauza unei disarmonii psihice subiacente, dar avînd o bună suprafață de inserție socio-culturală, se poate decompensa în anumite împrejurări, drept consecință a unor conflicte sau noxe. Ea intră astfel în impas sau dezvoltare nevrotică. După depășirea situației nevrotice, individul își poate recîștiga o bună suprafață care să mascheze viciul structural profund. Sau se poate regăsi purgată de rău, mai stabilă, mai unitară, mai matură, mai puternică.

2. Situația de nevrotic poate să apară ca o consecință nemijlocită a procesului de maturare și formare a personalității. În acest caz, viciul de structură e desigur mai grav, compensările sînt doar de suprafață și circumstanțiale. Întreaga existență a omului respectiv se va desfășura în registru nevrotic. Trebuie menționat, însă, că nevroza poate fi compensată nu numai de o reconversiune a persoanei, ci și de mediu, de structurile socio-culturale în care individul e integrat și care-l pot aspira potențator sau îl pot respinge.

3. O modalitate de existență nevrotică se poate încrucișa sau suprapune cu una de tip psihopatic. Persoana psihopată poate apărea și ea ca o variantă antropologică de persoană anormală. Pentru psihopatie e caracteristică, nu atît propensiunea spre un anumit statut social, cît cea spre un rol social. Un rol care să facă persoana respectivă prezentă în grupul social, nu ca un protejat, ci ca un dominator de necontrazis. Psihopatia înseamnă, nu demisie socială, ci tensiune socială, scandal și conflictualitate. Normele moral-sociale sînt eludate, neglijate de psihopatul care se impune, se afirmă cu orice preț fără a ține seama de ceilalți. Psihopatul e un comisiv amoral, fundat într-o structură disarmonică a persoanei.

Caracterizarea făcută mai sus psihopatului este foarte generală. În jurul acestei formule gravitează perversul, monstruosul moral, psihopatul toxicofil, delincventul etc.

Locul de întîlnire dintre nevrotic și psihopat este structura dizarmonică. Dincolo de acest punct, desfășurarea lor fenomenologică este divergentă. Psihopatul poate îmbrăca însă o suprastructură nevrotică, mai ales cînd e dinamizat de motive de rentă.

Perturbările mai grave ale structurii persoanei care fac din individ o persoană marginală socialului, cu o bogată, amestecată și permanentă simptomatologie nevrotică și psihopată, ar putea constitui și ele o modalitate clinică aparte, în care psihopatia și nevroza se varsă ca într-un fluviu comun.

*

În bogăția pe care o realizează existența nenumăraților oameni, ce se întîlnesc pe arena vieții sociale într-o anumită cultură, există multiple variante umane, stiluri de viață, structuri și situații psihice. Nevroza și psihopatia reprezintă probleme clinice psihiatrice doar într-o anumită incidență. Credem că e necesar ca, pornind dinspre clinică, cercetarea nevrozei să se îndrepte spre locul în care aceasta se înrădăcinează în normalitate. Nevroza depășește medicina. Dar medicina trebuie să se intereseze și de ceea ce o depășește, pentru a avea o perspectivă mai clară a ceea ce poate și trebuie să fie tratat și ce nu.

În final, subliniem că la o analiză a unei nevroze umane ne interesează :

a) persoana care stă în spatele stării de nevroză ; o persoană fragilă, cu o structură și o caracteriologie aparte ;

b) o suită de evenimente (reacții, conflicte, epuizări etc.) care modifică fundalul psihismului, conducîndu-l spre impasul nevrotic ;

c) dezvoltarea și existența nevrotică a persoanei, și în raport cu acestea, existența psihopată și dezvoltările marginale psihozei.

CAPITOLUL II

NEVROZA OBSESIVO-FOBICĂ ŞI TIPURILE DE PERSOANĂ CORELATE EI

1. NEVROZA OBSESIVĂ ŞI PERSOANA ANANCASTĂ*

A. UN MODEL DE DEZVOLTARE A NEVROZEI OBSESIVE

O abordare clinică a unui caz în „mica psihiatrie", adică în banda de anormalitate psihopatologică ce se întinde de la caracteriologie la psihoză, necesită aplicarea unei grile ce utilizează cîteva criterii. În primul rînd circumscrierea — pe cît posibil — a figurii clinice în cauză: reacţie, nevroză, psihopatie, marginalitate psihotică (ceea ce deseori este şi o apreciere prognostic-evolutivă). Apoi, prin folosirea criteriilor de gravitate şi specificitate, cazul se individualizează clinic. Oricîte criterii am aplica, în „mica psihiatrie" cazurile sînt greu de prins în scheme, căci deşi bogăţia vieţii psihice e redusă de anormalitate, ea nu este alterată încă formal.

Gîndirea de tip ştiinţific nu se poate însă abţine să nu utilizeze şi în domeniul nevrozelor unele modele, modele care sînt desigur abstracţii, construcţii realizate din

* Utilizăm termenul de „anancast" pentru tipul de persoană obsesivă, precum şi pentru „nevroza obsesivă malignă" pe care o denumim „boală anancastă" (a se vedea capitolul III).

analiza, trecerea în revistă şi urmărirea multor cazuri şi care pot funcţiona ca nişte ghiduri mentale pentru clinician. În legătură cu nevroza obsesivă, un astfel de model clinico-psihopatologic îl putem găsi în lucrările lui N. Petrilowitsch.

Concepţia lui Petrilowitsch (5, 8, 9,) s-ar putea rezuma astfel : nevroza obsesivă ar fi rezultanta unei anumite dezvoltări reactive a personalităţii *(Personlichkeitsreaktion* în sens Kretschmer) (6), în care se pleacă de la o persoană anormală de tip special, anancastul, şi trecîndu-se printr-o perioadă de „falsă necesitate" *(Pseudobedürfnis)* corespunzătoare psihismului perturbant *(Störungspsyhismus* a lui Binder) (10) se ajunge în faza simptomului obsesiv. Apariţia simptomului obsesiv este precedată de o stare de „reacţie de culisă" *(Hintergrundsreaktion)* în sensul lui K. Schneider (11) şi Müller-Suuc. Nevroza fobică ar urma aceeaşi cale evolutivă, fiind însă distinctă de nevroza obsesivă din punct de vedere calitativ de la început şi pînă la sfîrşit, de la tipul de persoană pînă la simptom.

În caracterizarea anancastului ca persoană corelată a obsesivului, Petrilowitsch se îndepărtează de linia clasică a psihiatriei germane, care, începînd cu K. Schneider (12), punea la baza obsesivului persoana „nesigură de sine" *(selbstunsichere).* Petrilowitsch spune : „Nesiguranţa de sine şi timiditatea anancastului sînt nespecifice... Nesiguranţa aparţine obsesivului la fel cum ea aparţine instabilului emotiv sau depresivului, fără ca *ea* să-şi pună pecetea diagnostică... Nesiguranţa de sine a anancastului e mai mult consecinţa decît cauza caracteristicilor sale personale... etc.". Dar ceea ce propune Petrilowitsch nu e o caracteristică fundamentală, de surprins printr-un fel de Wesenschau, ci o discripţie axată în principiu pe următoarele elemente : rigiditate, meticulozitate, slăbiciunea sistemului instinctivo-afectiv, ambiţie şi conştiinţă morală exagerată. Dăm mai jos descrierea anancastului după Petrilowitsch, aceasta fiind o bună descriere princeps, utilă pentru ulterioare referinţe (menţionăm însă că e vorba de descrierea unui tip mediu de anancast, fără o distincţie netă între ceea ce era premorbid, ceea ce e

concomitență a momentului patologic sau eventuală consecință a simptomelor instalate). Iată deci rezumatul descrierii :

Persoanele din acest grup tipologic sînt indivizi cu vitalitate redusă, cu viață instinctivă — recte sexuală — slabă (uneori cu răbufniri de agresivitate). Sistemul Eului este slab, dar relativ echilibrat. E prezentă o lipsă resimțită a garanției în raport cu propria persoană fizică și psihică, lipsă de încredere în propria afectivitate, rezonanță afectivă slabă, dispoziție ușor depresivă. Obiectivitatea rigidă, distantă, retentivitate afectivă mărită ; anancastul e un oumulard ce adună conflicte și trăiri psihice fără să se descarce. El nu e capabil de sentimente autentice, nu este sinton (nu reacționează afectiv ușor și natural cu ambianța), parcurge greu drumul de la relația oficială la amiciție, la relația de prietenie. Are prietenii puține, dar persistente. E lipsit de umor ; cel mult autoironie. În relații e însă uneori ironic, agresiv sau distant, cu alură „aristocratică", interpune o mască între el și ceilalți, nu lasă să pătrundă în intimitatea sa decît persoanele și lucrurile la care se poate adapta. Deseori e senzitiv, nu suportă să fie centrul atenției sociale, se retrage în anonimat. Totuși e un orgolios, mîndru, care are o conștiință exagerată a propriei valori. Dar megalomania sa e de acțiune susținută și randament și nu de expunere socială (ca la isteric). Energia voinței e puțin intensă, dar statornică ; nu acționează din dragoste sau din impuls instinctivo-afectiv, ci din simțul datoriei. Direcția intereselor e îngustă. Randamentul e mai mare decît exigența. Gîndirea e de tip discursiv, deseori profundă. Fantezie săracă. Conștiincios, scrupulos în tot ce face. Pedanterism, perfecționism, nevoie de ordine și precizie, formalism rigid (toate trebuie să fie la locul și rangul lor). O conștiință morală mereu trează și rigidă ; trăiește sub imperiul obligațiilor și datoriilor. Un ascuțit spirit al dreptății și justiției, deseori cu tiranizarea anturajului, dar totul formal, tinzînd spre un absolut impersonal, inuman. Nu poate concepe greșeala, e lipsit de naivitate, de posibilitatea destinderii, de savoarea flecărelii, a lui *dolce farniente*, fără căldură umană, fără spontaneitate. Incapabil de o autentică sinceritate și vibrație

umană. Are conștiința slabei sale energii vitale, ceea ce-l face uneori nesigur, anxios, ulterior îl blindează rigid și nespontan. Pe scurt, *un rigid, perfecționist și scrupulos.* Ar mai fi de adăugat că anancastul nu are totdeauna posibilitatea de a face deosebirea dintre esențial și neesențial, între important și accidental; și astfel devine un chițibușar care zăbovește minuțios la toate obiectele din mediu care i se prezintă și pe care tinde să le parcurgă exhaustiv; și astfel nu știe să-și organizeze rațional timpul.

Încercări de a circumscrie tipologia, caracteriologia obsesivului se fac mereu; menționăm mai recent studiul lui H. Berendt, M. Neumarker, B. Nickel *(Psychiat. Neurol. Psychol.* 1971). Se utilizează, de asemenea, în ultimul timp chestionare; în acest sens menționăm studiile lui K. Hope, T. Caine *(Brit. J. Soc. Clin. Psychol.,* 1968), W. Hojer-Pedersen *(Acta psychiat. scand.),* G. F. Reed *(Brit. J. Psychiat.,* 1959), I. Muller *(Psychiat. Neurol. Med. Psychol.,* 1970). Descrierea lui Petrilowitsch ni se pare însă suficient de detaliată, atît pentru uz clinic, cît și teoretic.

Petrilowitsch încearcă de asemenea să urmărească mecanismul care duce de la structura caracterială la momentul patologic obsesiv. El acceptă, împreună cu Binder (10) și cu K. Schneider și împotriva psihanalizei, că *apariția obsesiei este precedată de o modificare structurală atematică,* de un „psihism deranjant" *(Störungspsychismus* — după Binder), de o dispoziție obsesiv-anxioasă lipsită de conținut *inhaltlose angstvolle Zwangsstimmung* la K. Schneider). Ceea ce caracterizează după el starea de psihism deranjant este o stare de „pseudonecesitate" *(Pseudobedurfnis),* o pseudonecesitate de acțiune, născută dintr-o senzație stranie a neterminatului, pusă în evidență experimental de Hartman la obsesivi. Și anume, experiențe pe care marea majoritate a subiecților le consideră terminate, încheiate, sînt trăite de obsesivi ca experiențe neterminate, imperfecte, neduse la capăt (punctul de plecare e în experiențele lui Zeigarnik și Kurt Lewin). Starea de pseudonecesitate, conștientă, preconștientă sau refulată, este cea care ar întreține anxietatea în psihismul deranjant — spune Petrilowitsch. În

virtutea ei, individul se angrenează, ca în cazul unui bulgăre de zăpadă, în noi şi noi activităţi care, intrînd în acelaşi mecanism, încarcă fundalul psihismului (în sens de *Hintergrund*, după Schneider, Müller-Suur). Anancastul începe să se privească analitic, să se „ia ca obiect" *(Gegenstand)* de analiză. Dar eşuează în încercarea de a depăşi starea de pseudonecesitate, de a obţine sentimentul calm al plenitudinii. El nu reuşeşte decît să înfunde şi să înrădăcineze şi mai mult în structura persoanei pseudonecesitatea de act, anxiogenă şi prevestitoare de furtună. Această pseudonecesitate, existentă în conştiinţă, dar mai ales la periferia ei, deranjează începerea oricărei acţiuni noi, orice desfăşurare sau împlinire, orice direcţie ascendentă pe care subiectul ar dori să şi-o imprime în viitor. Individul nu se mai simte stăpîn pe el, se simte împins involuntar spre activităţi perpetue. Rareori, prin act de voinţă (angajare axiologică), individul reuşeşte să învingă pseudonecesitatea. Dar aceasta revine de îndată ce el ajunge într-o nouă situaţie limită. La un moment dat se produce o decompensare. Fundalul încărcat determină un scurtcircuit, fapt ocazionat de diverse circumstanţe : mediu de viaţă inadecvat, stări consumptive, depresiuni reactive, orice boală endo- sau exogenă. Intervine acum un mecanism secundar (ceea ce la Binder era Abwehrpsyhismus), care „obiectivează" psihismul perturbat, accentuează autoanaliza sterilă. Şi astfel, prin cercul vicios ce se produce şi prin anxietate secundară se ajunge la fenomen obsesiv clinic. *Perseverarea,* care este una dintre cele mai importante trăsături caracteriologice ale tipului personalistic în speţă (fapt subliniat cu insistenţă de Binder şi de la el de toţi autorii), menţine permanent în conştiinţă obsesia. Conţinutul obsesiei este aleatoriu şi secundar, fiind în funcţie, în primul rînd, de circumstanţele date. Şi astfel, toată psihanaliza este scoasă din discuţie. Obsesia ca simptom ar apărea deci în urma unui lung proces de dezvoltare a persoanei, în sensul kretschmerian de *Persönlichkeitreaktion.*

Interesanta analiză a lui Petrilowitsch, pornind de la o personalitate de un anumit tip, cu o anumită caracteriologie şi urmărind dezvoltarea psihopatologică pînă la apariţia fenomenului obsesiv, este desigur un model ideal al

unor cazuri tip. În realitatea clinică, rareori e vorba la un nevrotic doar de simptomul „obsesie". Cel mai des întîlnim un grupaj simptomatic, centrat doar în jurul obsesiei. Delimitarea pe care o face autorul este utilă psihopatologic doar în sensul de ghid, de încercare de a face inteligibil un proces.

Din analiza autorului german nu reiese însă prea clar ce determină însăşi pseudonecesitatea, care e cheia de boltă a întregului sistem explicativ. Autorul invocă în special aspecte ale structurii psihice a anancastului şi anume: retentivitatea trăirilor; conştiinţa morală exagerată, incapacitatea deosebirii între esenţial şi neesenţial. Desigur, trebuie să ne gîndim că tendinţele fundate în caracteriologie se cumulează, se îmbină şi se complică cu evenimentele trăite, care, nerezolvîndu-se integrativ, se pot depune în fundalul psihismului, încărcîndu-l şi grevînd comportamentul ulterior. Dar în nici un caz nu ajungem la o *explicaţie*, ci doar la o schemă posibilă de interpretare. Trecerea de la caracterul anancast inserat în social şi nenevrotic la „preobsesivul cu pseudonecesitate" şi de la aceasta la obsesiv „se întîmplă", desigur, dar de foarte multe ori are aspectul unei căderi, al unei mutaţii în legătură cu care putem doar specula mecanismele posibile. Sintetizîndu-l pe Petrilowitsch, Kehrer (14) recunoaşte de asemenea mai multe grade eşalonate de la normalitate şi pînă la formula obsesivului grav. Explicarea trecerilor rămîne însă dificilă.

Iată, pentru valoarea sa sintetizantă, esenţialul expunerii lui Kehrer (care împrumută termeni de la Petrilowitsch, de la von Gebsattel şi din cibernetică).

Boala anancastă îşi are corespondentul într-un fel uman normal de a fi, deci e o exagerare a unui caracter *normal* care ar putea fi numit *pedant-scrupulos*. Caracterul pedant *normal* se delimitează astfel: tendinţă spre perfecţiune formală în orice, ordine excesivă, tendinţă spre precizie, exigenţă, moralitate exagerată, insuportabilitatea erorii şi a imperfecţiunii; totul trebuie să fie „curat", imaculat ca o perlă. Perfecţiunea pe care aceste persoane o urmăresc este inumană. Pedantul *nu suportă angajarea în mai multe acţiuni deodată*; el se consacră unei singure acţiuni, pe care doreşte să o săvîrşească cît mai

perfect şi pe care simte neapărat nevoia să o ducă pînă la capăt. Pentru a nu greşi, verifică mereu. Pedantul are tot timpul o alertă de acţiune, simte nevoia de a începe şi desăvîrşi ceva. El are nişte algoritme de acţiune rigide; la începutul unei acţiuni îşi creează un algoritm şi apoi evită neprevăzutul şi întîmplarea; algoritmul său nu mai e plastic şi e inhibat de noutate, căreia nu ştie să i se adapteze. Perfecţiunea stupidă, rigidă a unui singur „plan-algoritm" face ca el să se lege de un prezent perfect (actul perfect) şi să fie incapabil să trăiască viitorul (pe cînd omul obişnuit poate trăi într-un prezent imperfect, dar directivat spre un viitor perfect-infinit). Şi astfel se ajunge la o modificare a trăirii timpului interior, o lipsă a sa de continuitate, o lipsă a devenirii interioare în timp.

La „preobsesiv", necesitatea, tensiunea interioară de acţiune se intensifică, devine chinuitoare şi epuizantă. În plus, chiar o acţiune terminată nu dă senzaţia terminatului şi atunci o repetă; ba mai începe şi altele noi. Şi, treptat, această falsă necesitate de a acţiona se intensifică.

La obsesivul clinic, falsa necesitate de acţiune, alerta, este acută. *Multe acţiuni sînt începute, dar lăsate baltă pentru a începe altele şi nimic nu e terminat.* Tendinţa de perfecţiune de la preobsesiv a degenerat la obsesiv într-un haos. Obsesivul se angajează în acte importante şi neimportante, esenţiale şi neesenţiale, se avîntă în orice acţiuni orbeşte. Actele inadecvate şi fără sens sînt văzute ca extrem de importante. Se produce o aplatizare a sensurilor lumii, viaţa se transformă într-o automatizare nefundată pe o ierarhie de sensuri şi obsesivul termină într-un absurd cras. Cîteva algoritme-obsesii fixe încătuşează fluxul impetuos al setei de cunoaştere şi de nou; acest flux este prins într-o formă rigidă, stagnantă. Obsesivul are o sete de cunoaştere nesatisfăcută; căci prin obsesiile sale el nu află nimic nou. De la această sete care persistă ca un impuls se instalează un cerc vicios cu autoamplificare, ca un bulgăre de zăpadă, care în cădere se transformă într-o avalanşă pustiitoare.

În raport cu aceste scheme — foarte utile de altfel — realitatea clinică şi social-umană ne relevă o mare varietate de cazuri şi de tipuri caracteriologice şi patologice

care gravitează în jurul acestui ax. Sub aspectul gravității patologice putem înregistra caractere aparte, persoane anormale care pot face impasuri și dezvoltări nevrotice, precum și cazuri grave nevrotice, plurisimptomatice, marginale psihozei sau apropiate de psihopatie. Sub aspectul speciei calitative, rigidul-pedant-scrupulos descris mai sus nu e singura variantă caracteriologică legată de nevroza obsesivă nucleară. Mai întîlnim și nesigurul de sine — psihastenic, precum și fobicul, toate aceste variante împrumutînd simptomele lor formelor grave de boală anancastă.

În continuare ne vom ocupa in primul rînd de anancastul pedant și rigid, analizînd varietatea formelor sale caracteriologice și psihopatologice. Vom trece apoi în revistă psihastenicul și fobicul, încheind acest capitol cu o discuție despre specificitatea clinică a nevrozelor.

B. ANANCASTUL ȘI FAMILIA SA CARACTERIOLOGICĂ

Persoana anancastului are cîteva replici în banda normalității, unde găsim tipuri de persoane particulare care ne fac să ne gîndim la acesta.

Seriosul funcționar. A lua viața, existența în serios face parte din definiția normală a omului. Dar a fi serios, mereu serios, serios și numai serios e ceva ce poate caricaturiza persoana. În orice caz, e o manieră de a fi care poate delimita o tipologie. Serios este omul matur, omul ce stă sub povara unor grave probleme pe care trebuie să le rezolve. Dacă cineva — un om — este serios de dimineață pînă seara, serios cînd se spală sau mănîncă, cînd lucrează și cînd își întîlnește prietenii, serios în familie și la circ, acest om e un handicapat, un defectiv al bucuriei de a trăi sincer și spontan, un invalid al entuziasmului, al neprevăzutului, al jocului, al umorului și probabil al fericirii.

De obicei, omul serios *se reduce* la o funcție socială, devenind un funcționar. Nu e vorba aici de *identificarea* cu o funcție socială (într-un rol social), care, pe de o parte, e prezentă la orice om în mod tranzitoriu, pe de altă parte (cînd identificarea e totală, masivă) poate fi un piedestal pentru valorizare, pentru în-

staurarea valorilor în lume. Un medic ce se identifică cu rolul de medic, un educator ce se identifică cu rolul său, un politician, un vînzător, un actor, un cercetător, un artist etc. pot să se desfăşoare creativ şi valoros. Dar ceea ce e valoare depăşeşte funcţia şi rolul standardizat, introducînd noul în existenţă. Varianta antropologică ce se reduce la funcţia sa socială, la rolul său, funcţionarul deci, este un minus valoric din punct de vedere antropologic (deşi utilitatea lui din punct de vedere social — ca rotiţă a mecanismului social — este de necontestat). Dar tocmai această reducere a persoanei la „fapt util pentru un ansamblu suprapersonal" e semn al îngustimii sale.

În orice caz, seriosul funcţionar poate trăi doar în termeni de utilitate, fiind legat indisolubil de praxisul standardizabil şi cuantificabil. Să ni-l imaginăm deci: serios, plin de importanţa măştii sale sociale (redus la suprafaţa „persoanei" sale), identic în permanenţă cu această mască expresivă şi comportamentală în afara căreia e dezorientat, pentru că nu poate genera nimic, pentru că nu poate naşte nimic spontan. Rigid, afişînd şi repetînd invariant aceleaşi formule standardizate şi limitate, indiferent dacă concordă mult sau puţin cu situaţiile speciale ale vieţii, lipsit de suplete, de adecvare la circumstanţe. Activ în schimb, dînd un randament bun în domeniul muncii sale, al funcţiei şi rolului său social, pe care nu-l poate trăi ca neîndeplinit, căci aceasta i-ar stîrbi însăşi dimensiunea persoanei, care la atîta se reduce.

Identificarea — prin reducere — cu funcţia socială dă şi o diminuare morală funcţionarismului său. De vreme ce morala nu se poate naşte din spontane şi originalele proiecte, ea este prezentă de-a gata în actul social al funcţiei. Orice îndepărtare — a sa sau a altora — de la funcţionalitatea corectă înseamnă atentat la valorile morale. Morala există în fapt doar pentru că există în principiu, principiul vehiculat de funcţie. Funcţia va fi îndeplinită cu grijă, corect şi pedant, lucrul început trebuie totdeauna terminat. Datoria trebuie dusă pînă la bun sfîrşit, ea fiind singura sursă de bine şi satisfacţii, chiar atunci cînd e neplăcută. Iar

dezordinea, nestandardabilitatea, spontaneitatea și umorul, duplicitatea jocului și fanteziei sînt o amenințare, un pericol.

Seriosul funcționar, cu rigiditatea sa psihică, cu monotonia stereotipă a expresiei și activității sale, cu subsumarea trăirilor spontane formei inflexibile, cu felul său de a fi ordonat, pedant, corect și nespontan, reprezintă deja un minus personic incipient, fiind un preambul al anancastului în banda normalității.

De la acest tip mediu al funcționarului serios avem cîteva particularizări : aderentul de muncă sec, clasificatorul-colecționar, omul clarelor delimitări, ordonatul hiperactiv etc. Să le trecem în revistă ca tipologie și ca modalități psihopatologice spre care se îndreaptă.

„Aderentul de muncă" sec. E vorba de același tip de funcționar serios descris mai sus, care are drept caracteristică faptul că nu poate sta niciodată fără a lucra, fără a munci, fără a face ceva efectiv. Iar această propensiune spre activitate nu este fundată într-o neliniște internă, într-o febră a căutării și a proiectelor, ci într-o edeziune de muncă. Pentru seriosul aderent de muncă pauza, repausul, odihna, destinderea, „flecăreala", *la dolce farniente* nu poate exista, pentru că îl desființează pur și simplu. A munci este *un trebuie* absolut. Și aderentul de muncă va pleca în concediu cu dosarele sale, iar munca de la birou sau laborator o va continua și seara, acasă. Munca fiind sensul său, conștiința sa morală se va identifica cu această muncă, iar inactivitatea va fi trăită ca o culpă. Desigur, aderența de muncă poate fi și un refugiu dirijat de un sentiment de culpă. În acest caz, permanenta activitate nu va lăsa timp liber pentru ruminația unei culpe reale, sau va fi o autoimpusă activitate expiatorie. Această fugă în muncă, reactivă față de o conștiință morală încărcată, e doar una din situațiile explicative posibile ; la cealaltă extremitate se află seriosul funcționar sec, pentru care munca este unicul mod de a fi, încetarea ei fiind anxiogenă ca o aneantizare. Iată două situații :

Un cercetător științific de tipul „aderentului de muncă", liniștit, ordonat, meticulos, perseverent, tip „șoarece de bibliotecă", continuîndu-și zilnic activitatea

după orele de serviciu, făcînd fişe şi catalogări — ca o obişnuită activitate casnică — termină cu succes o cercetare la care lucra de mult timp. Apar panica, anxietatea, depresiunea, toate paradoxale pentru anturaj.

— La fel, un foarte activ procuror este mutat într-o funcţie în care are puţin de lucru : nelinişte, anxietate, astenie (! !).

Astfel de reacţii paradoxale se pot întîlni frecvent. Ele au forma unor reacţii de destindere, de descărcare *(Entlastungreaction)*. Persoana care trăia sub permanenta tensiune a activităţii, în momentul în care i se va lua sarcina pentru care e calibrată, devine dezorientată, pînă îşi reface iar necesara sa piatră sisifică. Iată acum un alt caz :

— Un inginer care lucrează ca profesor la o şcoală tehnică (fiind şi directorul acestei şcoli), munceşte foarte mult, dar calm şi meticulos, îndeplinindu-şi cu o conştiinciozitate extremă toate sarcinile posibile, lipsind mult de acasă. Soţia se îmbolnăveşte de un cancer mamar. Intensă reacţie depresivă cu panică şi obsesii.

La acest caz intervine desigur şi un sentiment de culpă : însăşi aderenţa sa de activitate era probabil şi o „fugă în activitate".

Mai există însă şi alte fundări ale aderării faţă de act decît cea a conştiinţei morale, aşa cum apare ea probabil la cazul de mai sus. Astfel, actul, la fel ca emoţia şi agresivitatea, presupune o angajare nucleară a persoanei, angajare ce afirma persoana şi în spatele afirmării o delimitează. Prin act individual îşi pune pecetea originală în realitate. Dar pentru aceasta acest nucleu ce se impune trebuie să existe cu nişte contururi proprii, contururi ce pretind şi ele o prealabilă delimitare a persoanei. Actul angajat şi terminat este o proiecţie a delimitării persoanei, o corespondenţă a acesteia. La fel ca o emoţie, ca o reacţie agresivă sau ca o pulsiune (Binder (15)), actul discursiv marchează nuclearitatea persoanei.

Muncitorul orgolios şi expansiv. În sistemul său explicativ, în modelul său asupra obsesivului, Petrilowitsch punea accentul pe „falsa necesitate", pe permanenta

tensiune care-l împinge pe preobsesiv să înceapă noi şi noi activităţi, înglodîndu-se treptat în obsesii.

Aderentul de muncă sec îşi organizează existenţa în funcţie de atotprezenţa muncii, dar calm şi ordonat, fără impetuozitate, fără expansivitate, care să-l facă să se angajeze orgolios în tot mai multe munci, autosuprasolicitîndu-se Există însă şi acest tip de om. Dar autosuprasolicitarea sa expansivă nu duce totdeauna la obsesie. Iată cîteva situaţii :

— Dintr-un mare grupaj de cazuri am putea alege aleatoriu pe cel al unui individ totdeauna elev premiant şi copil ascultător. Pacientul nostru se autodescrie ca fiind din tinereţe o fire care nu ripostează şi nu se descarcă în urma frustrărilor, insultelor, necazurilor : deci retentivitate în sens Heymans-Gross.

Remarcăm că varianta de anancast, de care ne ocupăm acum, s-ar putea înscrie ca un tip nonemotiv-secundar-activ în tipologia lui Heymans şi Wiersma. Principalele semne de secundaritate sînt retentivitatea trăirilor şi celebra perseverare. Pacientul găseşte pentru secundaritatea sa o explicaţie de orgolios : „Nu am fost nervos şi niciodată nu ripostam, pentru că omul este cu atît mai deştept cu cît nu reacţionează la insulte". Totdeauna a muncit mult, pentru că nu voia să fie nimeni ca el ; spunea şefului său ierarhic să scoată tot personalul din birou ca să facă el munca pentru toţi. A fost totdeauna omul corectitudinii, al exactităţii. Totul trebuie să fie terminat, înregistrat, pus la punct ; nu-şi poate găsi liniştea pînă nu ştie totul aranjat, la locul său.

La 43 de ani, după 3 ani de muncă intensă şi în condiţii modificate, schimbări, conflicte, apar insomniile. Toată noaptea visa că lucrează contabilitate (era contabil, meserie preferată de acest tip de oameni). Nu se duce la medic şi se internează numai după ce fenomenele neurastenice se accentuează treptat la 49 de ani. Motivul afirmat al acestei prezentări tardive la psihiatru — după 6 ani, în care simptomele de tip neurastenic deveniseră serioase — ţine tot de sfera orgoliului ; nu voia să se audă că este bolnav. Adresarea tardivă la medic e notată de toţi autorii care s-au ocupat de ob-

sesiv în perspectivă evolutivă. Aşa, de exemplu, Einer Klinger, într-o publicaţie recentă (18) pe 91 de obsesivi, constata că la 28% boala s-a dezvoltat înainte de 20 de ani, deşi virsta medie la internare e de 35 de ani. Şi Klinger, alături de majoritatea autorilor, subliniază timpul îndelung dintre debutul bolii şi internare. Refuzul internării se exprimă şi în raritatea cazurilor de mari obsesivi internaţi şi de frecvenţa celor ce-şi continuă activitatea în plină boală (în acest sens aduce un material statistic un studiu din 1965 al lui Assiatiani) (19). Aceste fapte relevă „stoicismul" caracterului ananoast sau masochismul său psihic în formele mai grave, precum şi fuga sa orgolioasă de a nu se expune cumva în social cu intimitatea sa (iar suferinţa e un fenomen care, prin excelenţă, izvorăşte din intimitate). Să revenim însă la pacientul nostru. După internarea de la 49 de ani, după odihnă şi tratament medicamentos anodin, simptomatologia se remite, dar reapare o dată cu reluarea activităţii în stilul propriu pacientului. Urmează noi internări şi apoi schimbarea locului de muncă. În noua ambianţă are frecvente stări conflictuale. Apoi simptomele neurastenice se cronicizează. Apar şi fenomene anxioase şi fobice (claustrofobie). Se încăpăţinează însă să adere de muncă. Deşi randamentul este mult scăzut, lucrează de dimineaţă pînă seara. În afara sarcinilor profesionale nu mai are nici o preocupare, renunţă la frecventarea spectacolelor şi a societăţii. Acesta e tabloul la care ajunge la 53 de ani.

Pacientul de mai sus e un pedant, rigid, scrupulos, orgolios şi *ambiţios*. Decompensarea sa nevrotică se instalează lent, aproape paralel cu îmbătrînirea, astfel încît se poate ridica întrebarea dacă nu poate fi incriminată cumva şi o lentă uzură biologică (vom discuta în altă parte despre „atingerea organică" la obsesivi). Aici vrem să subliniem însă alt fapt ; anume, un caracter de tip preananoast, cu toată evidenta autosuprasolicitare, nu ajunge pînă la obsesii, chiar dacă se decompensează nevrotic. Desigur, cercetînd un mare număr de cazuri, se pot întîlni unele în care autosuprasolicitarea unui astfel de fundal caracterial să ducă la impasuri şi dezvoltări nevrotice mai grave, anxioase, depresive, fobice

și chiar obsesive, dar de obicei, ou cît se ajunge la fenomene mai grave, ou atit debutul e mai precoce. Iată alte două cazuri ;

— Un pacient cu o caracteriologie cvasiidentică cu cea a celui precedent, care se angrenează singur în tot mai multe sarcini, face la 35 de ani fenomene neurastenoide, care se accentuează apoi treptat. Peste un an e neliniștit, anxios : la 37 de ani, pe prim plan e cefaleea. Începe să fie preocupat de simptome și să rumege problema suferinței sale, căutînd explicații. Află întîmplător că în timpul parturiției mama sa a luat medicamente abortive și că în primul an de viață el a avut un furuncul în ceafă. Ajunge la concluzia că are tumoare la cerebel (!!) și începe asigurările : consultații medicale, radiografii, tratamente preventive cu vitamine (pentru ca să nu se reactiveze o tuberculoză din adolescență), depresiune, idei de sinucidere. Internare, tratament în primul rînd psihoterapic, remontare.

— Un tehnician mecanic se descrie ca un om punctual, corect, cu mult simț al răspunderii, cu multă voință, care-l ajută să-și realizeze totdeauna ceea ce își propune. La început sociabil, prietenos, respectuos. Îi place să muncească, să dea un randament bun, e ambițios, se autoangajează în multe munci pe care reușește să le ducă la bun sfîrșit. În jurul vîrstei de 22 de ani, într-o perioadă în care era foarte aglomerat, se instalează un surmenaj cronic. Se simte incapabil să efectueze lucrări pe care pînă atunci le făcea lejer și stereotip, *actul început nu e terminat și mereu începe alte acte.* Acest fenomen poate fi un simplu fenomen astenic, dar se poate înscrie și în seria dezorganizării modalității active de a fi a individului, cu toate consecințele respective, între care și apariția obsesiei. Și de fapt, la pacientul de față, obsesiile apar destul de recent după intrarea sa în circuitul medical. La început, impresionabilitatea obsesivă (care e de asemenea un fenomen posibil în simple astenii) ; apoi obsesii în legătură cu boala, care ar fi incurabilă (și care deci se apropie de fobii), apoi obsesii pe teme variate și mai puțin comprehensibile și care devin persistente și torturante. Devine deprimat, anxios, mereu se adresează medicului.

La 27 de ani se pensionează. Apoi se instalează o mare nesiguranță și nehotărîre. Are impresia că memoria îl părăsește în orice clipă, că, de exemplu, tot ce citește uită imediat, motiv pentru care începe să verifice toate actele importante și să le repete. Aceste complicații repetitive îi transformă viața în chin. La 33 de ani e încă plin de nehotărîre. Nu se poate hotărî să se căsătorească (după ce-i moare mama), pentru că el fiind un hiposexual, desigur, orice femeie l-ar înșela. Nu se poate hotărî să-și reia munca, deoarece nu e sigur că va face față la locul de muncă. E preocupat în mod obsesiv de teama ca cei din jur să nu remarce cumva cît e neajutorat și evită contactul social etc.

Ultimul caz se deosebește net de precedentele, dar e problematic dacă aici autosuprasolicitarea explică suficient înglodarea în această existență nevrotică gravă. Totul se întîmplă în perioada finalului structurării personanei, la 22 de ani, cînd aceasta urmează să se angajeze definitiv și original în viață. Asistăm de asemenea la o alterare progresivă a structurii actului. Avem următoarea succesiune: act rigid și meticulos terminat, — act care nu mai e terminat — acte diverse începute și nici unul terminat, nesiguranță, verificări, repetarea actului, obsesii, nehotărîre, problematizări, rumințații. Am mai sublinia problematizarea „uitării", uitare care este una din mărcile fundamentale ale marelui obsesiv. Obsesia e și aici încadrată de un grupaj de fenomene, dar trecerea de la relativul echilibru de dinaintea celor 22 de ani la ulterioara existență nevrotică nu e simplu explicabilă printr-un mecanism ca cel al încărcării fundalului psihism deranjat — obsesie (ca mecanism de apărare). Dimpotrivă, avem impresia că asistăm la o „derapare" a structurii persoanei. Faptul că un om ajunge să fie un expansiv, orgolios, care se autosuprasolicită prin muncă, cu o mare ambiție a randamentului, poate fi uneori greu de „explicat". Alteori însă, caracteriologia o putem înțelege ușor urmărind istoria vieții, ca la următorul caz:

— O fată sintonă (acomodare afectivă ușoară cu ambianța) și extrovertită este la 10 ani victima unui atentat sexual din partea unui psihopat, atentat soldat și cu

transmiterea unei boli venerice. Urmează procesul, mutarea din cartier unde toată lumea cunoştea evenimentul „ruşinos", supravegherea foarte strictă din partea părinţilor. Tînăra fată trăieşte sentimentul ruşinii şi al culpei (al ruşinii pe care a făcut-o părinţilor), devine foarte ambiţioasă, munceşte enorm pentru bune rezultate şcolare, pentru a-şi recîştiga o stimă faţă de sine şi pentru a aduce mulţumiri părinţilor (motivaţia e limpede pentru tînără). Conştiinciozitatea exagerată, retragerea în muncă, în studiu, cu evitarea relaţiilor sociale, devin însă structurale şi se păstrează ca atare în epoca studenţiei şi apoi în munca (de procuroare) pe care şi-a ales-o. Aderenţă de muncă, ambiţie de realizare, autosuprasolicitare şi înglodare — după mecanismul bulgărelui de zăpadă — într-o dezvoltare nevrotică gravă cu fenomene senzitive, nesiguranţă, verificări, obsesii.

Tipul muncitorului orgolios este destul de răspîndit. În normalitate, nenumărate variante se pot construi pe această temă. Orgoliul poate trece în mai multă sau mai puţină megalomanie. În aceste cazuri, seriosul funcţionar va tinde spre funcţia de conducător de instituţie. Iar în această funcţie va avea gustul grandiosului. El va dori pentru instituţia sa, cu destinele căreia se identifică, un loc de frunte şi unul original. Şi în acest sens va munci cu dăruire, perseverenţă, îndrăzneală. Acest tip de conducător de instituţie se opune oarecum celui ce derivă din următorul subtip al seriosului funcţionar, la analiza căruia vom trece.

Clasificatorul colecţionar. Activitatea funcţionărească înseamnă ordine şi invarianţă într-o muncă perseverentă. În aceste condiţii, dimensiunea mentală cea mai jenantă, mai perturbatoare şi deci de nedorit este fantezia. În orice caz, prezenţa fanteziei pune pe seriosul funcţionar într-o poziţie excentrică. Calitatea mentală fundamentală, definitorie pentru acest tip pare a fi puterea de analiză, de sistematizare, de ordonare. Atît anancastul, cît şi funcţionarul au aceste particularităţi psihice. Există şi un tip de persoană pentru care una din principalele trăsături caracteriologice este tendinţa de disecare şi sistematizare a problemelor şi realităţilor cu care vine în contact. Prin definiţie, aceşti oameni sînt şi

niște colecționari. Ei colectează fapte, probleme, obiecte, informații, pe care le sistematizează apoi. Ei își delimitează un teritoriu al lumii care e luat în stăpînire, care devine o posesiune a lor, asupra cărora își exercită puterea. Prin dominarea acestui microcosmos avut în stăpînire, individul își asigură calmul și echilibrul în raport cu marea lume. Colecția introduce în discuție o nouă dimensiune umană, și anume dimensiunea lui „a avea". Persoana umană se delimitează prin extindere și limite. Or, extinderea se bazează în cele din urmă pe două aspecte fundamentale : continuitatea și averea. Avutul face parte din persoană și o delimitează. Pierderea sa este o amputare adusă persoanei, determinînd depresiune și anxietate. Și, la fel, frustrarea de ceea ce ar avea dreptul să aibă sau în legătură cu ceea ce ar putea pretinde.

Colecționarul clasificator adună și sistematizează. Aceasta îl presupune ca un om ordonat. Căci un minimum de ordine existențială e necesară pentru a întocmi o colecție. Iar sistematizarea pretinde de asemenea ordine. Deseori, el este un pedant, un meticulos, un om ce se ocupă de detalii.

Aici intervin valorile analitice și sistematice ale psihismului său. Dar el e și un agresiv potențial. Energiile și valențele care-l împingeau pe orgoliosul expansiv spre noi și noi activități există în potență și în tensiune și la tipul de care ne ocupăm acum.

În viața de toate zilele, variantele acestui tip sînt nenumărate. Bibliofilul ar fi un exemplu. Dar aici e vorba de fapt de colecționarul banal de cărți, care le adună pentru a le avea, nu de bibliofilul pasionat și rafinat, nu de colecționarul dublat de omul de valoare. „Lecturofagul" ar fi un alt exemplu. Există oameni ordonați și seci, cuminți în aparența lor de funcționari, dar foarte agresivi (cînd pot) și care citesc cu o trudnică perseverență cît mai mult, totul dacă s-ar putea. Oameni pentru care cuvîntul scris are importanță vitală, și de aceea ei colecționează lecturi și le sistematizează fără a ști să observe, fără a putea să rămînă la esențial,

fără să creeze (subliniem că ne referim la cazuri din zona normalității și nu la anormalitatea psihastenicului de exemplu, pentru care fuga în lecturi abstracte echivalează cu o derealizare). În sfîrșit, cînd clasificatorul-colecționar este șef de unitate, el nu va tinde să o extindă, ci să o analizeze și sistematizeze la infinit, într-o cît mai deplină concordanță cu legea scrisă.

Omul clarelor delimitări. Seriosul funcționar ordonează totul în jurul său ; preajma imediată cu obiectele ei, intențiile, motivațiile, actele, expresiile și lumea relațiilor sociale, valorile ; toate trebuie să fie la locul lor. Există un tip de persoană particulară care ține foarte mult la claritate și delimitări. Actul trebuie să fie foarte clar delimitat și o dată declanșat, totul este exclus pentru a asigura lenta — dar sigura — curgere a sa spre final. Avutul este și el împărțit clar în posesiune și nonposesiune. Expresiile trebuie să fie clare, fără echivoc, cît mai complete, cît mai explicite. Dar dacă într-o expresie se exclude ceea ce poate fi sugestie, trimitere, simbol, claritatea ce se cîștigă este o claritate plată, extinsă, monotonă, plicticoasă.

Omul clarelor delimitări dorește o epuizare exhaustivă a temei abordate, a obiectului vizării sale. Și cum acest lucru este foarte puțin posibil în planul explicit-discursiv, el este și un aderent. El va adera de o temă, de o situație pe care ar vrea să o clarifice absolut, fapt desigur imposibil, de vreme ce absolutul este o idealitate și nu un real. Aderența se poate referi la un obiect, la o persoană, la o valoare. Și orice schimbare e dramatică, mai ales cînd perturbă știuta curgere lentă a psihismului propriu.

Un om al delimitărilor și clarităților, lent și aderent, cu dorința completitudinii, poate face desigur dezvoltări expansive (de tip autosuprasolicitare sau de tip relațional). Dar poate face la fel și reacții depresive, anxioase, fobice, obsesive. Mai caracteristică este însă reacția explozivă, rezultînd din descărcarea bruscă printr-un scurtcircuit a unor lente acumulări de tensiuni, de conflicte interne, de nesatisfacții etc. Aceste explozii sînt însă explozii de aparență, menite să calmeze propriul orgoliu și propria

conştiinţă morală. Căci seriosul funcţionar nici în mod exploziv nu e capabil de spontaneitate în act şi nu face acte necugetate ca explozivul epileptoid.

*

Persoanele particulare menţionate mai sus, pe care le-am reunit în marele grup al seriosului funcţionar şi din care am menţionat pe aderentul de muncă sec, pe orgoliosul muncitor expansiv, pe clasificatorul colecţionar şi pe ixoidul aderent, au unele trăsături comune ce le reunesc şi în acelaşi timp le apropie de formula personalităţii ananeastului. Parte din aceste trăsături se încadrează în ceea ce psihanaliza a denumit „caracter anal" sau „caracter sadic-anal".

Pe scurt, caracterul „de tip anal" (20, 21) se formează conform psihanalizei, prin lupta împotriva pulsiunilor anale agresive, individul fiind fixat în această fază de dezvoltare a erotismului infantil. Ar interveni mai ales mecanismul „formaţiunii reacţionale" : ataşamentul faţă de murdărie se transformă în pasiune faţă de curăţenie, tendinţele distructive de dezordine şi de revoltă împotriva oricărei ordini se transformă în ordine exagerată, sentimentul de pierdere (a fecalelor), în tendinţa de retenţie. Ar mai interveni ca mecanisme şi sublimarea şi „deplasarea" (de exemplu, interesul se deplasează de pe materiile fecale pe bani). Caracterul sadic-anal pe care-l descrie psihanaliza se caracterizează mai ales prin trei tendinţe fundamentale : tendinţa la ordine, la economie, la încăpăţînare.

Ordinea (în descrierea lui Widlöcher) (22) priveşte grija pe care subiectul o poartă obiectelor, situaţiilor şi persoanelor ce-l înconjură, cărora le pretinde *curăţenie* corporală şi manieră conştiincioasă de a se achita de obligaţii. Persoana va apărea modestă, fidelă angajamentelor. *Economia* poate ajunge la avariţie, meschinărie sau atenţie la cadouri, atenţie la avantaje materiale la care poate spera sau de care îi este frică să nu fie privat. *Încăpăţînarea* ar fi o formă mascată de agresivitate (care tinde să crească stima de sine în faţa supraeului). Individul e puţin influenţabil, *puţin sensibil la particula-*

rităţile ambianţei, rămîne fidel proiectelor iniţiale şi se arată încăpăţînat pînă la eşec, respectuos, reverenţios, ascultător, supus (toate fiind o formaţiune reacţională împotriva agresivităţii sale funciare). Acest tip caracterial se poate întîlni — spun şi psihanaliştii — în afara oricărei simptomatologii clinice nevrotice.

În ceea ce priveşte „caracterul sadic-anal" avem de-a face cu o descripţie şi cu o interpretare genetică a sa. Lăsăm la o parte această interpretare genetică. Dar în ceea ce priveşte descripţia, nu putem să nu remarcăm omisiunea pe care psihanaliza o face atunci cînd nu vorbeşte nimic cu această ocazie, despre modalitatea şi locul actului în structura caracterială. Psihanaliza se străduieşte să surprindă un moment de arheologie motivaţională a persoanei umane. Dar caracteriologia se construieşte în primul rînd pe baza aspectului formal al manifestărilor expresive. O caracteriologie a tendinţelor pure nu e posibilă, ci e posibilă doar o caracteriologie bazată pe anumite manifestări expresive *fundate* pe tendinţe şi complexe motivaţionale, care deci intervin doar în a doua linie, fapt ce nu poate fi escamotat. De fapt, întreg sistemul psihanalitic se mişcă într-o lume a „pre-actului", domeniu desigur interesant şi important, dar inevitabil limitat. Căci nu se poate ignora faptul că principala punte dintre individ şi lume este actul (în sensul său cel mai general) în jurul căruia gravitează limbajul, fenomenul vital şi apoi alte fenomene de importanţă secundă. Această teză poate fi desigur discutată şi din perspectivă filozofică. Aici vrem să remarcăm doar incompletitudinea sistemului psihanalitic, care ignoră problematica actului desfăşurat. Şi atunci cînd psihanaliza încearcă să facă caracteriologie, ea *construieşte* o legătură foarte discutabilă între ceea ce e observabil în comportamentul uman (manifestare expresivă) şi o motivaţie abisală posibilă.

Toată *descripţia* din „caracterul sadic-anal" nu are nimic psihanalitic în ea, ci este o înregistrare de fapte de caracteriologie *observabile* de orice cercetător interesat. Psihanaliza începe acolo unde acestor trăsături caracteriologice se încearcă a li se da o explicare şi o fundare într-o

structură motivațională primitivă și profundă. Dar legătura pe care o face psihanaliza între caracteriologie și acest tip de motivație nu poate fi dovedită. Ea poate fi doar afirmată, postulîndu-se în același timp mecanisme intermediare eventuale, dar care apar prea vagi și speculate: de exemplu, tendința la retenție a fecalelor e echivalată cu tendința la retenție in general și deci cu zgîrcenia. În ceea ce ne privește, recunoșteam că, din punct de vedere caracteriologic, există oameni care întrunesc datele descripției caracteriologice a „caracterului anal". Dar nu subscriem la interpretarea psihanalitică a acestei caracteriologii, care de altfel ne apare ca prea grosolană și nediferențiată în raport cu varietatea realității caracteriologice. Credem, de asemenea, că tocmai ceea ce psihanaliza ignorează cu desăvîrșire, adică problematica actului desfășurat, oferă un important ax de referință, atît în discuția caracteriologică pe care o purtăm aici, cît și în cea psihopatologică, pe care o vom face în continuare. De aceea, credem nimerit a face un scurt comentariu privitor la problematica actului uman.

Prin act, individul intervine asupra lumii, modificînd-o „se exprimă", se manifestă atit ca intenție, cit și ca stil și de asemenea se exteriorizează în lume prin produs. Produsul mai are în finalul actului, încă statutul de apartenență la individ. Așa încît, prin produsul propriu (și prin echivalentul schimbat al acestuia), individul își prelungește dimensiunea propriei corporalități dincolo de epidermă. Tot prin act, pentru act și pe parcursul desfășurării sale, pentru realizarea sa și a scopului conținut în această realizare, individul se informează asupra lumii. Prin rezultatul actului, individul se inseră în lume și în același timp preia lumea. Actul este acela care în cele din urmă structurează cîmpul de conștiință. Pe de altă parte, actul se înrădăcinează energetico-motivațional profund în persoană. Întreaga problematică a motivației umane este problematica motivației actelor individuale. Prin act, ca activitate standardizată, individul se inseră în textura socialului. În spatele actelor social-standardizate, individul se poate ascunde. Actele și activitățile standardizate pot constitui pentru subiect o mască, o „persoană"; și astfel individul poate utiliza rolul

şi statutul său social pentru a masca o depersonalizare de fundal. Apoi actul poate fi eşalonat după scara implicării celuilalt, a celorlalţi, în relaţii directe faţă în faţă. Actul mai trebuie considerat în sensul moral şi la fel în sens de desfăşurare a sa în textura organizată productiv a societăţii. Prin act, personalitatea se exprimă şi se formează, se realizează şi se transcede etc. (23).

Întreagă această apologie a actului a fost făcută aici, nu numai pentru a releva marele gol pe care psihanaliza îl conţine în însăşi inima ei, ci pentru a ne servi de acest material în urmărirea peripeţiilor personalităţii, atunci cînd aceasta se angajează pe linia anormalităţii, nevrozei şi derapării obsesive. Căci, aşa cum am mai spus-o, obsesia apare ca o problemă a libertăţii elaborării motivaţionale a actelor, implicînd deci întreaga problematică pe care actul o ridică.

Persoanele particulare pe care le-am menţionat pînă în prezent sînt persoane la care problematica actului iese clar în evidenţă.

Pe de o parte, am întîlnit aderarea de act, impetuozitatea şi randamentul prin act, pe de altă parte am comentat modalitatea analizei, a ordinei, a nevoii de claritate şi completitudine în preact (motivaţie) şi în postact (avere).

*

Anancastul şi familia sa caracteriologică preferă anumite profesiuni în care să se compenseze : contabilitatea, funcţii administrative, de bibliotecari, cercetători de laborator, colecţionari, procurori, militari. În variate profesiuni, anancastul va imprima stilul său de muncă ordonat, pedant, meticulos sau se va orienta spre acele ramuri ale profesiunii care pretind maximă claritate şi precizie (de exemplu : în medicină, spre neurologie).

În încheiere vom spune cîteva cuvinte despre maniera de a fi în societate a acestui grup caracteriologic. Două probleme apar aici pe prim plan : orgoliul mascat şi înfrînat şi conştiinţa morală rigidă.

Anancastul şi familia sa caracteriologică se caracterizează printr-un important orgoliu, ascuns sub masca

unei modestii sau a unei autodeprecieri. Anancastul nu iubeşte expunerea socială, exhibiţia îl jeneză. De obicei este un senzitiv.

Rigiditatea sa îl fac să se adapteze greu circumstanţelor neprevăzute, precum şi situaţiilor de relaţie interumană circumstanţială. Anancastul şi familia sa caracteriologică preferă constanţa unei măşti sociale. Apropierea de zonele intime ale persoanei se poate face doar treptat, distanţele sociale fiind parcurse metodic. Spontaneitatea şi dezlănţuirea fără de măsură a afectivităţii sînt reţinute de ansamblurile formale ale structurii persoanei. Anancastul are puţini prieteni. Nu este un sociabil, preferă anturajului zgomotos liniştea activităţii şi muncii standardizate. Între alţii, vrea să treacă mai bine neobservat sau, la nevoie, preferă discuţiile de principiu sau de lucru. Anancastul lasă impresia că ar dori să se piardă în anonimat şi de aceea, în grupul social, el afişează modestia, lipsa de importanţă a propriei persoane sau chiar se retrage, declarîndu-se incompetent, nevaloros.

Aceasta este însă o mască în spatele căreia orgoliul înfloreşte. Orgoliul nu se validează însă în relaţiile interpersonale sau sociale, ci prin asiduitatea muncii, prin perfecţiunea abstractă spre care tinde în comportament, ţinută, activitate. În spatele modestei „*persona*" la anancast zac rădăcini megalomane, paranoice.

Anancastul şi familia sa caracteriologică tind — pe plan valoric — spre absolut. Dar e vorba de un absolut special, care este de fapt o ucidere a absolutului. Pentru că acesta nu mai rămîne un „ideal-ţintă", ci tinde să devină un absolut neal, deci un absolut degradat. Pe planul cunoaşterii, faptul apare evident în logica bivalentă cu care tinde să opereze anancastul. Această modalitate de gîndire, formală prin excelenţă, operînd cu dihotomii, excluzînd implicaţia şi simbolul, apropie gîndirea sistematică şi analitică a anancastului de cea a paranoicului, unde o astfel de gîndire ajunge să fie în slujba unei teme delirante.

Anancastul este de asemenea un chinuit moral. Această problematizare morală, derivată din identificarea lui cu funcţia sa socială, din dificultatea spontaneităţii, din dificultatea depăşirii nevoii de completitudine, este —

alături de orgoliul său — un important factor motivațional. Anancastul nu poate decît cu greu eluda ruminația morală, deoarece, acționînd în numele formulelor și principiilor (și nu al inspirației și afectivității) este în permanență la un pas de abaterea de la formulele și principiile ideale, deci mereu cu un picior în culpă. Anancastul încearcă să trăiască absolutul principiului moral pe care-l simte ca un imperativ categoric. Și viața reală, plină de întîmplări neprevăzute, de probleme reale, îl tulbură prin nepuritatea sa.

C. PROBLEME DE PSIHOPATOLOGIE CLINICĂ CORELATE CU PERSOANA ANANCASTĂ

Tipul anancast de persoană, în decompensările și alunecările sale psihopatologice, nu realizează neapărat simptome obsesive, nevroză obsesivă sau boală obsesivă gravă. După cum am văzut, el realizează deseori reacții depresive, anxioase fobice cenestopate, hipohondriace, dar mai ales simptome astenice. Problema astteniei psihice este strîns corelată cu structurile caracteriale care stau în spatele obsesiei ; de aceea, o vom comenta pe scurt aici.

Impasul astenic. Am văzut cum orgoliosul impetuos poate ajunge prin autosuprasolicitare într-un impas astenic. Să urmărim ceva mai detaliat această problemă a „nevrozei astenice".

Caz. Un tînăr de 26 de ani, se prezintă la consultație. E matematician. De mic copil a fost o fire mai închisă, un introvertit care a legat greu prietenii. Chiar dacă ajunge să fie prieten cu cineva, se oprește în fața unei prea mari intimități ; nu-i place ca altcineva să pătrundă mai îndeaproape în lumea sa. Din copilărie a iubit muzica și matematica, a cîntat la pian și în alegerea profesiunii a ales între aceste două preocupări. O dată ce a optat pentru matematică, nu a mai făcut muzică.

După terminarea facultății s-a căsătorit cu o fată liniștită, care-l înțelege, dar care are multe valențe de sociabilitate și extroversiune. E preocupat — deseori ruminativ — de faptul că stilul său de viață o obligă și pe soția sa la solitudine. În același timp, ar dori ca soția să

fie matematiciană pentru a putea discuta cu ea în detaliu problemele de specialitate care-l preocupă. A fost şi este o fire meticuloasă şi perseverentă, cu unele oscilaţii afective.

Pentru prima dată ia contact cu medicina după primul an de facultate, după ce trăieşte un conflict prelungit, urmat de o stare de tensiune şi efort intelectual exagerat. Mai precis, faptele se petrec în felul următor : dintr-o greşeală nu e primit la facultate, deşi obţinuse note mari la examenul de admitere. Cazul se clarifică după contestaţii şi cercetările efectuate, astfel că este înmatriculat, dar abia în primăvară. Fiind foarte ambiţios, doreşte să-şi ia toate examenele cu note bune şi încă în sesiunea din vară, ceea ce şi reuşeşte după un efort intelectual deosebit. După examene se simte epuizat, astenic, trist, depresiv. Se internează şi după un tratament tonic. antidepresiv şi o cură de insulină (şocuri umede) se reface şi parcurge în bune condiţii fizice şi mentale restul anilor de studii. Rezultatele şcolare sînt foarte bune şi după terminare e reţinut la un institut de cercetări.

După 2 ani de bună funcţionare la locul de muncă începe să aibă sentimentul că randamentul său scade. Nu se mai simte servit de memorie la fel ca înainte. Memoria sa funcţiona de obicei cu o înregistrare fidelă şi completă ; nu reţinea numai esenţialul, principiile, metodele, ideile, ci şi multe detalii, fragmente întregi de demonstraţii. Această memorie a detaliilor începe să-l părăsească. Munca sa este o muncă de creaţie şi o muncă competitivă. Îl îngrijorează faptul că nu se va putea menţine la nivelul cerut, mai ales că se interesează de regimul de muncă al marilor matematicieni creatori şi constată că aceştia lucrau mai mult ca el. Ajunge să se simtă în permanenţă într-o stare de tensiune, nu se poate niciodată deconecta şi relaxa. În aceste împrejurări, încearcă să facă exerciţii de trening autogen, informîndu-se de la un coleg care le practica. Face însă exerciţiile incorect. Apar tulburări în ritmul somn-veghe : care se adaugă dificultăţilor de memorie şi apoi de concentrare. Devine neliniştit. În această perioadă se şi mută din casa în care a locuit mult timp împreună cu părinţii, într-o nouă locuinţă, împreună doar cu soţia. Afirmativ, noul

peisaj urbanistic, ou oase geometrice, stereotipe şi fără istorie, nu-i prieşte. Totdeauna s-a adaptat dificil situaţiilor noi (în domeniile în care se simte acasă, cum e matematica, noul îl atrage, dar nu şi în situaţiile de viaţă). Sentimentul unui randament intelectual scăzut (sau posibil a fi insuficient în viitor) induce o stare depresivă cu ruminaţii asupra viitorului, cu preocupări hipohondrice (nu are cumva schizofrenie?). Se internează.

La oazul de mai sus întîlnim o caracteriologie din familia anancastă; o persoană care lasă pe alţii doar cu greu să pătrundă în lumea sa, meticulos, perseverent, cu sentimentul datoriei, foarte ambiţios (plin de orgoliu), cu multă retentivitate (memoria detaliilor), cu puţină spontaneitate, rigid, ruminativ, preocupat de abstracţii, apragmatic in viaţa curentă etc. Problema psihopatologică principală pe care o ridică, cea a asteniei şi a depresiunii concomitente, se plasează în completarea problemei asteniei prin autosuprasolicitare pe care am amintit-o la tipul muncitorului orgolios-expansiv. Ceea ce îl aduce pe pacientul de mai sus la medic sînt impasuri nevrotice în declanşarea cărora orgoliul său joacă un important rol. Acest orgoliu îl determină în primul an de facultate să se autosuprasolicite, astfel încît după descărcarea tensiunii — la sfîrşitul examenelor — rămîne secătuit, astenic, depresiv (totul se produce ca într-o reacţie de descărcare). Impasul nevrotic recent are o geneză ceva mai complicată. Trăirea situaţiei noi, a mutării într-o nouă casă, poate fi doar o picătură ce revarsă paharul plin, dar ceea ce-l preocupă şi îngrijorează pe tînărul pacient este el în faţa vieţii sale, a realizării sale, a viitorului său. La acest nivel, comparîndu-se cu marii matematicieni creatori şi cu idealul său, îşi simte insuficienţa şi se îngrijorează de viitor. Desigur, la declanşarea impasului său astenic poate contribui şi maniera neeconomicoasă de funcţionare a memoriei sale, prin înmagazinare de blocuri gnostice şi nu prin operaţii de sinteză, şi, la fel, meticulozitatea rigidă a felului său de a fi, mai propice muncii de funcţionare decît de creaţie. Dar esenţial e tot orgoliul său în acţiune, care-l pune faţă-n faţă cu mari modele şi nu acceptă ideea forţelor limitate.

Pacientul intră într-o stare de tensiune neliniştită, are ruminaţii depresive şi ipohondrice-fobice; dar ceea ce trăieşte în primul rînd este drama astenică.

Merită să facem cu această ocazie o scurtă discuţie despre impasul nevrotic astenic, nevroza astenică, psihopatia astenică. Astenia care apare ca oboseală legitimă nu interesează medicina decît în perspectiva igienei mentale. Astenia fundată într-o epuizare sau suferinţă somatică are legile ei de tratament şi reechilibrare prin tratament. Astenia în perspectivă psihopatologică implică un conflict. Desigur, orice stare nevrotică este o stare minus-valorică, minus-energetică, astfel că hipobulia şi astenia sînt o marcă a nevrozei în general. *Astenia se poate erija în problemă centrală a nevrozei, atunci cînd apare un conflict între aspiraţiile de randament şi realizare şi posibilităţile din dotarea corporal-organismică şi cea a dotării energetice şi calitative a planului psihic al persoanei.*

Am întîlnit, astfel, nevroză astenică la studenţii insuficient dotaţi, dar pe care un mare orgoliu îi susţinea într-o încăpăţînare absurdă de-a face facultatea (24). Am întîlnit-o la cei ce nu voiau să accepte un statut de bolnav şi orgoliul îi împingea spre o viaţă activă, care-i depăşea. Am întîlnit situaţia nevrozei astenice la persoane cu o constituţie somatică fragilă, hipoergică, care doreau să se încadreze în randamentul de activitate al marii lumi, la adolescenţii care muncesc pentru a fi în conformitate cu idealul de sine, ignorînd realitatea forţelor lor şi în toate situaţiile în care efortul şi pretenţiile proprii nu sînt calibrate la posibilităţile proprii în circumstanţele date.

Persoanele care au o structură psihică din familia anancastului ajung adeseori să realizeze un impas sau o dezvoltare nevrotică de tip astenic, deoarece propensiunea spre activitate e dublată de un mare orgoliu de randament; de unde posibilă autosuprasolicitare sau posibilă autopretenţie exagerată prin comparaţie cu valori dictate de orgoliu şi ignorarea — sau dificultatea aprecierii — realităţii forţelor şi dotării proprii. Situaţia astenică poate duce uşor la descurajare, depresiune şi nelinişte anxioasă (ultima fiind întreţinută şi de „falsa necesitate"

ce se poate declanşa). Acesta e şi sensul în care analizează Petrilowitsch persoana astenică (8) : o persoană care nu poate — din diverse motive — să realizeze un echilibru între aspiraţii şi posibilităţile de activitate. Dacă acest echilibru poate fi realizat, astenicul e compensat. Problema e desigur delicată, deoarece o anumită tensiune aspirativă care să depăşească cît de cît pretenţiile standardizate este necesară oricărei activităţi creatoare ; şi din definiţia oricărui om face parte şi dorinţa de depăşire. Acest conflict trebuie să-şi găsească o soluţie în cadrul normalităţii, însă o soluţie care să-l împace pe om cu sine fără să-l degradeze în faţa propriilor ochi. Dar aceeaşi situaţie poate fi sursă de conflict nevrotigen ; după cum tot ea e sursa conflictului creator. Psihopatologia trebuie să analizeze circumstanţele acestei mutaţii.

Nevroza axată pe trăirea asteniei, o dată declanşată, va determina o proastă trăire a corporalităţii ; căci corpul este însuşi locul de emergenţă şi instrumentul actului, iar astenia e o criză a actului şi activităţilor.

Nevroza astenică e dominată de cenestopatii, de o grijă accentuată faţă de propria corporalitate trăită neplăcut, aşa cum subliniază pe drept cuvînt K. Schneider (12) şi P. Guiraud (25). Anancastul îşi trăieşte şi el corporalitatea într-o manieră particulară. H. Bjarsch, Psychiat. Clin., Basel, 1971, constată la anancaşti performanţe net inferioare la sporturile ce implică membrele superioare, în raport cu cele ce implică membrele inferioare ; el numeşte acest fenomen „astenie parţială". În jurul trăirilor astenice : în cazul unei nevroze, gravitează desigur şi alte simptome derivate din condiţia de nevrotic şi în primul rînd despresiunea, dar şi ruminaţia, obsesia şi fobia.

Modalitatea psihopatiformă. Orgoliul nemărturisit, conştiinţa morală rigidă şi agresivitatea latentă a anancastului pot duce şi la alte modalităţi psihopatologice ; în speţă, la formule psihopate de personalitate.

Caz : Un electrician de 33 de ani se descrie ca o fire activă, hotărîtă, perseverentă, încăpăţînată chiar, care duce la capăt, meticulos, orice lucru început. Dacă nu poate rezolva ceva, se frămîntă mult, se enervează, problema respectivă îl obsedează şi insistă pînă ce se iveşte totuşi o

soluție. Iubește foarte mult dreptatea, ordinea, regulile; cînd remarcă o nedreptate sau o neregulă — chiar dacă nu-l privește direct — nu o suportă, îl obsedează, ia poziție, intervine. Uneori chiar lucrurile fără multă importanță care nu erau la locul lor îl afectau, îl jenau și obsedau. E foarte meticulos și atras de toate amănuntele. Cînd are sentimentul că toate lucrurile merg bine și sînt la locul lor, este destul de prietenos și sociabil.

A făcut 6 clase elementare și 2 profesionale. E căsătorit de la 24 de ani. Soția este o fire sociabilă și blîndă.

Cu firea pe care o are, pacientul nostru are permanente ocazii de enervare. La 25 de ani apare și un ulcer, iar situatia de bolnav îl face și mai sensibil și mai arțăgos. Faptul că e bolnav începe să-l preocupe mai des după ce apar și dureri de tip reumatic, astfel că își stabilește un program invariabil de cure balneare anuale, indiferent dacă stațiunea în care merge are sau nu vreo influență pozitivă asupra ulcerului sau asupra presupusului reumatism. Programul de ședere anuală într-o stațiune devine o regulă a vieții sale. Treptat, devine tot mai irascibil, se enervează foarte ușor și în stările de enervare are palpitații și cefalee, trăiri care-i atrag și mai mult atenția asupra corporalității și tind să se permanentizeze.

În aceste împrejurări, după 31 de ani, începe să-și descopere veleități literare. Începe să scrie nuvele și romane, simple și banale, pe care le citește prietenilor sau cunoștințelor din stațiune.

La un moment dat începe să scrie un roman despre etica familiară. Și tocmai atunci se înjghebează o legătură între el și o femeie venită în stațiune. Trăiește un intens conflict interior, se frămîntă, nu doarme nopțile, nu știe ce atitudine să ia. Drept soluție solicită să fie internat într-un spital de psihiatrie. Aici își găsește liniștea, continuînd să se compenseze scriind nuvele de slabă calitate. La ieșire, persistă o cefalee, sensibilitate mărită și irascibilitate, palpitații la enervare. Îi vine foarte greu acum să se reîncadreze în muncă. Cele 3 luni pe care le-a stat fără să lucreze i-au părut mult mai comode decît permanenta tensiune și enervare de la serviciu. Șarjează simptomele, răul

resimțit, sperînd că medicii îl vor pensiona (ceea ce nu se întîmplă). Nici în anii care urmează nu renunță la ideea pensionării și exagerează isteriform simptome imaginare.

Pacientul de mai sus s-ar putea înscrie în familia caracterială a anancastului, dar unele trăsături sînt mai accentuate : este meticulos, chițibușar, termină un lucru început, încăpățînat, orgolios, ambițios, iubește ordinea și claritatea : toate trebuie să fie la locul lor, toate trebuie să fie precise și corecte. Are de asemenea un spirit stenic, expansiv, este activ și perseverent. Acest fel de a fi îl pune mereu într-o stare conflictuală cu anturajul, căci orgoliul său nu se satisface printr-o tendință la un randament optim în anonimat. Dimpotrivă, e un comisiv, care intervine și se manifestă social ; pe de o parte în punerea la punct a situațiilor concrete după o logică bivalentă, pe de altă parte prin veleități comunicate, cu pretenții, altora. Formula de a fi și acționa a anancastului e ușor deviată spre o formulă de tip paranoic-histeroid. Conflictele se desfășoară în permanență, pentru că nu poate suporta lipsa de perfecțiune a lumii. Iar lipsa sa de perfecțiune și-o justifică prin statutul de bolnav pe care-l împrumută. Pentru un astfel de om, incapabil de modestie și de comuniune caldă interumană, modalitatea de relație cea mai la îndemînă este conflictul. Cînd se decompensează similia-nevrotic, simptomatologia de prim plan e cea obsesivă, dar mult amestecată cu simptome isteroide.

O ultimă și importantă problemă în legătură cu cazul de față. Comportamentul pacientului, date fiind tensiunile, conflictele pe care le induce mereu, e de tip psihopatic. Nucleul caracterial anancast se poate realiza psihopatic în multiple modalități. Una din acestea e mutația spre expansivitate și conflictualitatea paranoiformă, cu concomitenta duplicitate isteroidă, plină de capcane pentru alții. Anancastul, rigid și consecvent cu sine pînă la absurd, va apărea ca psihopat cînd agresivitatea și expansivitatea (care fac de altfel parte din definiția sa) trec pe prim plan. Sau cînd nehotărîrea și lipsa de coeziune internă fac ca toate valorile (deci și cele morale)

să fie interschimbabile, echipotente. Sau, în sfîrşit, cînd doreşte cu prea multă ardoare absolutul, pentru care nu este dotat.

Complexualitatea. Caz. Un economist de 39 de ani creşte într-o familie cu o structură mai aparte : mama era foarte pretenţioasă şi energică, certa copiii pentru orice greşeală, astfel că din copilărie pacientul nostru era emotiv şi inhibat, ştiind că mama remarcă orice greşeală a sa. Tatăl a fost o fire rece, nepăsătoare, nu se ocupa de copii. Mai are un frate, o fire expansivă, cu care nu s-a înţeles niciodată. A crescut ca un copil cuminte, ascultător, meticulos, totdeauna grijuliu de a nu face ceva greşit. I-a plăcut şi îi place muzica, dar a ajuns să se facă economist. Nu a fost niciodată prea sociabil ; în şcoală nu a avut prieteni şi nu se juca în grup ; nu suportă să fie centrul atenţiei sociale. Nu se căsătoreşte, locuieşte cu părinţii.

În muncă este meticulos, pedant, verifică mereu lucrările, pentru a fi totul bine făcut, e preocupat de amănunte şi ţine mult ca totul să fie în regulă. Schimbă însă multe servicii, deoarece peste tot ajunge într-o situaţie neplăcută, uneori chiar în conflict cu colegii de muncă. Ceea ce-l jenează cel mai mult este faptul că se simte mereu dăscălit, îndrumat, dădăcit de fiecare. Cînd i se fac observaţii nu replică, dar se frămîntă în mod obsesiv zile întregi. Dacă are o discuţie sau o ciocnire cu cineva care-l ofensează, nu mai suportă să stea în aceeaşi încăpere cu persoana respectivă, astfel că merge cu groază, „ca la ghilotină", la serviciu. O astfel de situaţie îl şi aduce în circuitul medical, într-o stare distimică, depresiv-anxioasă, dezorientat şi cu multe ruminaţii obsesive ; e neliniştit, impresionabil, panicard. Simte nevoia de singurătate şi odihnă.

Caracteriologic, şi pacientul de mai sus s-ar putea încadra în grupa anancastului sau a seriosului şi grijuliului funcţionar : e meticulos, preocupat de detalii, prudent, cu multă grijă de a termina corect un lucru început, puţin sociabil, preocupat de muzică şi cifre. Orgoliul şi conştiinţa morală îl împing în a problematiza relaţia interumană în mod senzitiv, cu multiple ruminaţii obsesive decurgînd de aici. Pacientul trăieşte

un complex de inferioritate („s-ar putea în orice moment să greşesc, să nu fac bine ceva"), care se cuplează cu trăirea senzitivă şi cu un permanent proces de intenţie făcut altora: „toţi vreţi să mă dădăciţi ?", „să mă controlaţi ?".

Această trăire complexuală apare însă destul de evident ca derivînd din copilărie, din situaţia sa educaţională. Tatăl distant nu a putut constitui pentru el un sprijin şi un model de identificare; mama hiperprotectoare a introdus în structura psihică un sentiment de neîncredere în sine şi de fixare într-o atitudine de dependenţă neacceptată integral de psihism (şi sursă de permanente tensiuni interioare). De fapt, şi rămîne un dependent de părinţi: nu se căsătoreşte, locuieşte la ei şi la 39 de ani.

Astfel configurat, cazul aduce în discuţie problema complexităţii afective la anancast. Psihanaliza a postulat drept esenţă a nevrozei umane insuficienta maturare afectivă, nedepăşirea integrativă a etapelor de dezvoltare instinctivo-afective din prima copilărie, etape încununate de momentul oedipian. Orice nevroză s-ar funda într-o structură a persoanei care nu a depăşit (sau nu a lichidat) integrativ faza oedipiană. Aspectele calitative ale nevrozelor ar ţine de variate fixări preoedipiene şi variate mecanisme psihologice de soluţionare a stărilor conflictuale intrapsihice.

Astfel, nevroza obsesivă ar avea la bază o fixare la nivel sadic-anal (ceea ce ar determina un caracter anal) şi funcţionarea unor mecanisme, ca: izolarea, anularea retroactivă etc.

Dind cezarului ce e al cezarului, credem că se poate spune că nevrozele, care au o înrădăcinare în structura persoanei, relevă la acestea o anumită imaturitate afectivă cu tendinţă la dependenţă. Statutul social al nevroticului e al unui dependent de tip copil bolnav-suferind, iar perioada şi situaţia primei copilării a nevroticului, situaţia în această perioadă a cuplului copil-părinţi-educatori, poate fi o matrice în funcţie de care, la o analiză, ne putem da seama de gradul de maturare afectivo-morală a persoanei. Un dependent, un egoist anarhic şi un matur se vor deosebi între ei la o astfel de cerce-

tare. Aceasta este însă doar o perspectivă a persoanei, a structurii sale, care se conjugă doar cu aspectul structurii formelor caracteriale. Aceeaşi situaţie de nematuritate, de neindependentizare matură a persoanei poate să apară şi la o caracteriologie (structură caracteriologică) anancastă şi la una hiperemotivă sau hiperexpansivă. Astfel, analiza structurală a unei persoane trebuie să meargă pe cel puţin două filiere.

Structura de tip anancast — mai mult sau mai puţin complexuată — realizează, prin însăşi modalitatea sa de a fi rigidă, o limitare a libertăţii deliberative a omului. Atunci cînd acest tip de om se angajează într-un impas sau o dezvoltare nevrotică, simptomatologia poate fi variată: astenică, depresivă, anxioasă, fobică, cenestopată, obsesivă. Nu *simptomul obsesiv trăit este în aceste cazuri marca suferinţei şi patologiei, ci contextul în care el apare.* Iar contextul personalistic poate genera în permanenţă deosebiri, fără intrarea neapărată în circuitul clinic.

De la nivelul structurii particulare a persoanei de tip anancast există multiple încrengături psihopatologice posibile: spre astenie, spre fobie, spre paranoia, spre senzitivitate, spre obsesie.

Drumul spre obsesie, spre nevroza obsesivă gravă e dependent de mulţi factori: de fundalul energetic al persoanei şi de maturarea sa, de circumstanţe, conflicte, traume etc. Deseori avem de-a face cu o veritabilă dezvoltare a persoanei spre o formă gravă de nevroză obsesivă, dezvoltare care apare ca o mutaţie mai mult sau mai puţin comprehensibilă. În orice caz, atît structura anancastă, cît şi simptomul trăirii obsesive apar — atunci cînd considerăm formele grave — ca derivînd, ca descinzînd din modalităţile lor încadrate în normalitate.

Dar şi alte structuri psihologice, în afară de rigidul anancast, pot fi preambulul degringoladei din nevroza obsesivă malignă.

2. PSIHASTENICUL

Anancastul eludează drama alegerii printr-o rigiditate psihică înrobitoare. Constanța cu sine fixistă, nemalleabilitatea, perseverența pedantă pînă la soluție, indiferența față de preajmă, față de evenimente etc., toate marchează într-un fel infirmitatea sa in fața opțiunii și il blindează în fața anxietății pe care i-o produce libertatea.

La polul simetric — și în același timp foarte aproape, în esență, de anancast — se află „nesigurul de sine", dubitativul permanent, nehotărîtul, omul perpetuei îndoieli. De fapt, prin rigiditatea sa, anancastul nu face altceva decît să mascheze, să ascundă sub o pojghiță formală protectoare, nesiguranța de care se teme și pe care astfel o trimite în planul doi sau îi fixează limite precise și rigide de apariție (de exemplu, cînd ordinea se perturbă sau actul nu se îndeplinește).

Nesigurul de sine „își dă drumul" pe făgașul nesiguranței și, oscilînd mereu ca un pendul, transformă nesiguranța trăită subiectiv în comportament nesigur. Vom analiza acum, pe scurt, acest „tip", ca un caz din marea grupă de care ne ocupăm.

Nesiguranța, împotriva căreia obiecta Petrilovitsch, își cîștigase un drept de cetățenie în caracterizarea obsesivului încă de mult. Nevroza obsesivă era, după Kraepelin (citat de Kahn), o oprire în dezvoltare, un infantilism al caracterului, care e condiționat tocmai de *nesiguranța anxioasă în toate domeniile vitale.* Dar această nesiguranță de sine se încetățenește în literatura germană mai ales în urma lucrărilor lui K. Schneider și E. Kahn (26). E drept că încă din secolul trecut s-a studiat ceea ce în Franța se numea *maladie du doute,* iar Griesinger menționează la unul din cele trei cazuri de „reprezentări obsesive" studiate de el o „lipsă de încredere și siguranță în sine". Cazurile sale prezentau îndoială și „mania aprofundării". Friedman, unul dintre primii autori care a pus accentul pe studiul persoanei în abordarea nevrozei, a subliniat importanța nehotărîrii în geneza obsesiei. Friedman afirma că nici intelectul, nici afectul nu sînt în stare (singure) să genereze reprezentările ob-

sesive, ci e necesară o anomalie de caracter, care se manifestă premorbid prin apatie, lipsă de rezistență, modificare de caracter, sugestibilitate mărită, putere de fantazare pînă la reverie și mai ales nesiguranță; deci, trăsături de caracter net distincte de cele ale anancastului, așa cum au fost descrise pînă aici. La Schneider, anancastul, împreună cu senzitivul, e încadrat în grupa persoanelor „nesigure de sine" *(selbstunsichere)*. Schneider afirmă textual: „Ideile obsesive sînt foarte strins legate de persoana nesigurului și a neliniștitului. Ideile obsesive țîșnesc din sentimentul permanent al culpabilității sau al insuficienței unei persoane nesigure".

Lui Kahn îi datorăm însă o analiză mai amănunțită a acestei nesiguranțe funciare pe solul căreia ar crește obsesia.

Kahn afirmă: „Obsesia apare pe baza unei nesiguranțe structurate biologic sau psihologic, o nesiguranță a propriului eu, referitor la o situație dată sau la o situație care va fi dată". Kahn precizează că nesiguranța e în aceste cazuri înrădăcinată în straturile cele mai profunde ale persoanei: „Sîntem categoric de părere că etiologia obsesiei psihopatului anancast trebuie căutată în stratul instinctiv al existenței. Trebuie să avem în vedere următoarele posibilități de variante instinctive ale obsesivului: hipoinstinctivul, nesigurul instinctiv și în cazul unei relative sau absolute puteri instinctive, devierea instinctivă prin forța persoanei". Temperamentul anancastului e considerat de Kahn ca fiind disforic (anxios-trist-pesimist), iar eul ambitendent: eu slab, cu nesiguranță de sine, introversiune și, prin hipercompensare, o supraapreciere interioară a eului cu egocentricitate și deprecierea anturajului. Și Kahn conchide: „Din păcate, nu putem defini un singur tip de anancast; *singurul criteriu de unificare a anancaștilor ar fi că toți au la bază o nesiguranță generală*...".

Meritul lui Kahn e de a fi analizat cum mult discutata nesiguranță de sine își are originea în straturile profunde ale persoanei, deci invadează instinctivul, temperamentul, dar și caracterul, deci nivelul eului. Desigur, aceasta echivalează aproape cu a spune că avem de-a

face cu un eu nestructurat, nuclear, neînchegat într-o formulă univocă, care să excludă permanentele oscilații și nesiguranțe.

O astfel de nesiguranță fundamentală și structurală nu poate să nu se repercuteze și asupra actului desfășurat și a înrădăcinării sale motivaționale. În primul rînd devine dificilă deliberarea. Un individ care prezintă o nesiguranță ce străbate domeniul pulsional energetic (deci subminează încrederea în posibilitatea direcționării pulsiunilor și în energia necesară eficienței), ce străbate domeniul temperamental cu o anxietate evident dizolvantă față de inițierea și desfășurarea unui act, ce prezintă o nesiguranță a eului — cu derută în lumea valorilor — o astfel de nesiguranță, face evident dificilă alegerea. Pentru psihastenic tot posibilul devine probabil echipotent. Dar nu numai momentul primar al deliberării devine astfel dificil, ci însăși desfășurarea actelor. Deliberarea se transformă în oscilații între nenumăratele alegeri posibile : alegeri, dintre care nici una nu se detașează ca o figură pe fond, dată fiind lipsa unui sistem ordonat și clar orientat al eului și al zonelor sale subiacente pulsionale și supraiacente axiologice. Desfășurarea actului (care ar corespunde structurării figurii detașate) nu se mai întîmplă natural și normal. El poate fi întrerupt de o nouă inițiativă pe care sistemul de triere al soluțiilor deliberative, care tot timpul nu a încetat să funcționeze, a investit-o cu o valoare mai mare decît prima alegere. Astfel, primul act început este părăsit pentru un al doilea și așa mai departe. Dar nesiguranța poate parazita actul și ca atare, fără emergența unei inițiative noi ; pur și simplu, individul paralizat și invadat de nesiguranță pierde încrederea în propria posibilitate de a termina actul și se oprește descumpănit, solicitînd parcă o confirmare că ceea ce face e bine făcut. Datorită acestei situații determinate de nesiguranța sa profundă, individul resimte o mare ușurare atunci cînd e condus de cineva, care impune alegeri și variante de rezolvare. Deci, „simte nevoia de a fi condus", cum spunea Janet. La fel, cînd se află în situații care nu oferă decît o singură soluție și o singură modalitate de rezolvare a ei. Aceasta îl diferențiază de anancast, care nu suportă să fie diri-

jat şi condus. Extrem de dificilă este finalizarea, concretizarea, terminarea actului început. Dar după ce un act a fost terminat intervine nesiguranţa dacă el a fost bine dus la capăt, dacă nu trebuia încheiat oare altcumva, dacă rezultatul nu trebuie inclus în alt sistem de valori sau dacă prin ceea ce a făcut nu a cauzat cumva un rău moral cuiva. Actul terminat începe să fie „rumegat" împreună cu toate implicaţiile sale posibile. La aceasta se mai adaugă verificările ; pentru că nesigurul trăieşte ca incertă însăşi terminarea actului. Astfel se conturează aspectul de *„împrăştiat"*, neordonat, nesistematizat, al comportamentului psihastenicului.

Toate aceste modalităţi ale trăirii şi desfăşurării actului apar în clasicele descrieri ale lui Janet (28) în legătură cu cadrul nosologic pe care l-a denumit *psihastenie.* După Janet, esenţialul psihasteniei constă în „căderea tensiunii psihice", care duce la o denivelare de ansamblu a arhitectonicii psihice, precum şi la toate aceste perturbări ale actului pe care cu un termen modern le-am putea denumi „perturbarea funcţiei cibernetice a psihismului". De fapt, însuşi Janet (29) nu-şi disimula simpatia pentru o psihologie „a comportamentului" ; „Totul în psihism se reduce la act" spunea el. Or, cibernetica e ştiinţa conducerii (guvernării) prin act şi bazat pe informaţie. Sau, cum spunea Couffignial (30) : cibernetica nu e altceva decît o încercare de modelare a actului uman voluntar sau a oricărui comportament finalizat. Comportamentul psihastenic poate fi în orice caz analizat după o metodologie cibernetică.

Căderea tensiunii psihice a lui Janet are un iz de energetism nediferenţiat. Desigur, forţa de desfăşurare a actului, energia necesară lui, sînt reduse la psihastenic, la fel cum sînt reduse la un depresiv sau la un astenic simplu. Dar în cazul psihastenicului alterarea cuprinde şi incidenţa structurii, uneori cu minime atingeri energetice. Astfel, chiar numai la nivelul actului, dificultatea alegerii relevă, nu atît un hipoenergism, cît ştergerea deosebirilor dintre esenţial şi neesenţial, dintre important şi secundar. Întîlnim deci o aplatizare a arhitectonicii pulsional valorice, care reprezintă de fapt cadrul de referinţă pentru sistemul motivaţional individual. De aceea,

psihastenicul e un chițibușar, se pierde în amănunte și nu surprinde esențialul, pe de altă parte plutind în sfere abstracte. Faptul apare evident la testul Rorschach (31, 32) unde psihastenicul se pierde în amănunte alături de surprinderea unor imagini globale, fiind însă incapabil să vadă detaliile mari. Faptul relevă un hiatus în apercepția lumii, în acea surprindere și abordare a lumii la nivelul obișnuitului semnificativ.

Aplicată nu doar la nivelul actului, ci la ansamblul personalității, aplatizarea structurii relevă aceeași distanțare între pierderea în cotidianul insignifiant și trăirea abstracțiilor. Apare același hiatus, aceeași zonă liberă, acolo unde ar trebui să se afle obiectele uzuale ale vizării realului de către persoană, *obiectele însăși, suport în același timp al amănuntelor și al esențelor*. Psihastenicul e un apragmatic și nu poate ataca lumea la nivelul la care ea există ca funcționînd eficient. Mai mult, în virtutea acestei modificări de structură, cîmpul de conștiință al psihastenicului e ocupat, fie de lucruri mărunte, fie de abstracții. Și pentru că în virtutea nesiguranței sale funciare el e un ruminant, psihastenicul va rumina, fie pe teme banale, fie pe teme abstracte. Ruminația abstracțiilor, la prima vedere, este o ruminație impersonală, adică arguții, ruminații pe teme filozofice. În realitate însă, acestea sînt profund personale, pentru că izvorăsc din adîncul ființei subiectului, din problematizarea esențelor, problematizare intrinsecă oricărui om. Temele ruminațiilor mentale pot fi și personale în sens curent, adică rumegarea evenimentelor trăite. Și acestea se pot eșalona de la simpla impresionabilitate obsesivă pînă la ruminația morală și asupra existenței. Uneori această ruminație a psihastenicului e denumită „manie a aprofundării", ceea ce e fals. Psihastenicul poate petrece mult timp întorcînd pe toate fețele și repetînd o problemă, *dar nu* o *aprofundează*, căci nu o introduce în mereu noi contexte de raționament pe calea unei progresii și adînciri a cunoașterii. Singură, ruminația mo-

rală poate progresa, dar nici ea înspre soluții, ci spre o complicare arborescentă a argumentelor de disculpă sau de culpă.

Ce raport există între ruminații și obsesii? Deși fac parte din aceeași familie, nouă ne apar ca fenomene distincte din punct de vedere psihopatologic. Credem că ruminația este un proces ce vine din interior, apropiat meditației normale, ca un fel de monolog sau dialog cu sine însuși, care la normal emerge în cîmpul de conștiință doar în anumite momente, deși este în permanență prezent în profunzimi, ca un fond sau ca un strat. În aplatizarea psihastenică, acest dialog cu sine, această permanentă confruntare cu sine ca sens propriu și realizare, ca modalitate de instaurare în lume și confruntare cu aceasta, apare la suprafață o dată cu denundarea psihismului. Obsesia, dimpotrivă, nu este o emergență a unui fundal mereu în mișcare browniană, ci o închegare a cîmpului de conștiință pe o temă (deseori unică, constantă) care ordonează haosul subiacent, tendința de dispersie a nucleului persoanei sau care maschează vidul subiacent al depersonalității. Desigur, cele două fenomene nu sînt și nu apar așa de net separate. Clinica infirmă totdeauna distincțiile prea nete, dar analiza psihopatologică trebuie să le cultive și să-și construiască modele distincte de înțelegere a fenomenelor clinice.

Nesiguranța de sine, cu toate consecutivele modificări ale desfășurării actului, cu apragmatismul, cu pierderea tipicară în amănuntul nesemnificativ, concomitent cu ruminația pe teme abstracte, toate sînt explicate de Janet prin „căderea tensiunii psihice", care perturbă, aplatizează structura ierarhică a psihismului și scade forța integrativă, orientată și creatoare a conștiinței. Janet mai vorbește de derealizare și depersonalizare. Acestea ar apărea episodic, în crize și ar fi apanajul formelor grave. Totuși, un viciu de structurare profundă a persoanei, o „depersonalizare" sau „apersonalizare" fundamentală stă foarte probabil în spatele dubiului, al îndoielii. În acest sens analizează mai recent Tamarin (33) problema; alterarea axiomei de identitate a eului (eu sînt eu) ar duce la o destabilizare a semnificațiilor,

a relațiilor și a influențelor stabile și fixate, iar pulsiunea ruminativ-obsedantă poate fi considerată ca o tentativă de luptă contra dubiului.

Psihastenicul se mai deosebește de anancastul rigid și sec prin imaginația sa. Psihastenicul e capabil, nu numai de ruminații ideice, ci și de visare. El suportă cu bine situația de a nu face nimic (și care e diabolic de dificilă pentru anancast). Deseori, psihastenicul abulic se lasă furat de imaginație în detrimentul acțiunii. Imaginarul îi oferă de asemenea bogăția de soluții ce-l deconcentrează în opțiuni. Dar, la fel ca și ruminația ideică, imaginarul e trăit doar ca reprezentare și visare, și nu ca expresie și limbaj ca la isteric. Psihastenicul deseori se angajează în trăirea reprezentativă, uneori cu intenție anticipatoare, a unor variate situații de viață pe care eventual le-ar putea trăi ; și exersează apoi mental atitudinile și comportamentele pe care eventual le va desfășura. El trăiește sub semnul „eventualului". Tot ca o diferență față de anancast, psihastenicul are o afectivitate mai variată, mai mobilă (eventual legată de circumstanțe), în orice caz în concordanță cu însești oscilațiile sale psihice generale, distincte de invarianța rigidă a anancastului.

Descrierea de referință făcută la începutul capitolului după Petrilowitsch conținea elemente din ambele serii. În primul rînd și în mai mare măsură din linia ordonatului ambițios, lipit de act, care ajunge la autosuprasolicitare — falsă necesitate — obsesie (sau decompensare reactivă anxios-depresiv-fobică). În al doilea rînd și în măsură mai mică elemente din linia nesigurului, cu o arhitectonică a psihismului aplatizată, ruminativ și apragmatic și în fundalul căruia stă tot o insuficiență a eului, o insuficiență parțial energetică și mai ales de structurare orientată a sa. Anancastul și psihastenicul sînt în mare măsură structuri complementare ; la modul ideal ele sînt însă distincte.

Părăsind acum discuția psihopatologică și trecînd la aspecte clinice, vom remarca următoarele : în primul rînd, fiecare dintre cele două tipuri (anancast și psihastenic) poate exista ca distinct (în raport cu celălalt) pe o arie care se întinde de la caracteriologie la persoană anor-

mală. În al doilea rînd, aceste tipuri personice pot exista şi fără simptome trăite subiectiv de aspectul simptomelor nevrotice. În al treilea rînd, ele sînt deseori intricate în cadrul aceluiaşi caz de apariţie a decompensărilor şi dezvoltărilor nevrotice, astfel că uneori nu se pot face distincţii prea tranşante (ceea ce clinic nici nu e totdeauna necesar). Ne vom ocupa acum puţin de clinica celui de al doilea tip de persoană anormală descrisă.

Ne gîndim, în primul rînd, la cazul în care psihastenia e mai ales o formulă caracterială. Acest tip de om nu e rar şi des există în cuplul cu un părinte sau un partener superprotector, care i-a secătuit personalitatea de nuclearitate şi a făcut din el un nesigur. Întîlnim la el o incapacitate funciară de a se autoconduce, cu o permanentă căutare de sprijin în persoane voluntare sau chiar rigide.

Cazuri reale pot funcţiona ca şi cazuri tip. Iată un individ care din copilărie a fost o fire retrasă. Îi place să citească, să viseze mult. Dezordonat, timid, meditează mult înainte de orice acţiune, se hotărăşte greu pentru ceva, e preocupat de probleme umaniste. A te hotărî greu pentru trecerea la act, a nu fi expansiv, a visa, a medita, toate sînt trăsături ale persoanei care duc spre un alt mod de a fi decît al rigidului perfecţionist activ. Actul nu mai e şarjat, puntea spre realitate a actului nu mai funcţionează prevalent. De aceea psihastenicul e înclinat spre visare, spre imaginar, spre meditaţie, spre abstracţii. În continuarea inventarului său caracterologic, individul nostru era uneori încrezut şi ironic, dar nu avea simţul umorului (lipsa de umor e o caracteristică a întregului grup; ironia e o supapă pentru agresivitate, iar autoironia deseori un fenomen masochist). Persoana despre care e vorba mai era impresionabilă, nu suporta să vadă tăindu-se o găină; aceasta l-a şi împiedicat să urmeze cariera de medic care, la un moment dat, îl preocupa. Se hotărăşte să facă ingineria pentru „a cîştiga mult", impresionat fiind de greutăţile familiale. Alegerea profesiunii este de la început argumentată foarte minuţios în proprii ochi. De fapt, şi ulterior, întreaga existenţă şi-a ordonat-o după un plan. Înainte de a scrie o lucrare meditează mult şi se apucă să scrie doar cînd

are totul clar în minte (în cazuri mai grave clinic, desfășurarea unei munci de creație are alt aspect, cu permanente reveniri și refaceri). Prima legătură erotică o are cu o femeie care l-a ghidat. A doua legătură erotică îl duce la căsătorie, tot din inițiativa ei. Soția e o impulsivă care strigă mult, momente în care el tace (și astfel a răbdat ani de-a rîndul). În societate, soția pretinde rolul de conducător și firea ei agresiv-impulsivă s-a accentuat treptat de-a lungul anilor. El de la început avea precox și ea a fost mereu nesatisfăcută sexual. Pacientul lucrează în economie. Treptat, volumul de muncă crește, atît din motive obiective, cît și din cauza conștiinciozității sale. La serviciu îl supără mult absurdul, e scîrbit de incorectitudine, dar niciodată nu face scandal din astfel de motive. Soția îi impută mereu că din cauza muncii de la birou își neglijează familia. Așa ajunge pînă la vîrsta de 45 de ani, cînd apar simptome clinice discrete : oboseală după cîteva ore de lucru, la culcare rumegă (supărător) evenimentele zilei trecute și problemele zilei viitoare, se frămîntă pe teme de verificare ; uneori este deprimat, are puseuri anxioase (în ultimul timp somatizate). Obsesii propriu-zise nu apar.

Mergînd mai departe, mai înspre gravitate în domeniul clinico-psihopatologic al psihasteniei, trebuie subliniat că în decompensările structurilor psihastenice, mecanismele care duc la impas nevrotic nu derivă în prima linie din autosuprasolicitarea de orgoliu (mecanism ce se păstrează totuși), ci deseori au mult exogen-conflictual în declanșarea lor.

Iată cazul unui ofițer, introvertit și veșnic cu probleme, cu stil de muncă migălos, care pregătește minuțios orice acțiune, care e analizată anticipat în toate detaliile, pentru ca pe parcursul realizării să nu fie de obicei dusă la capăt ; problematizează mult, mai ales eșecurile, cu sentiment de inferioritate, care crește cu timpul. Are un impas de tip nevrotic prima dată la 20 de ani, cu astenie și cefalee. Apoi la 24 de ani, într-o perioadă de conflicte la locul de muncă, o nouă decompensare în timpul căreia se simte „ca paralizat", avînd stări de pasivitate cu multe ruminații pe teme de muncă. Aceste stări de pasivitate, de abulie ruminativă (nu crispată ca la fobic) sînt dintre cele mai caracteristice impasurilor

nevrotice ale psihastenicilor. La 29 de ani, într-o perioadă cu multe conflicte familiale (în urma cărora şi divorţează), o nouă decompensare cu stări de mare anxietate (exprimate şi motor) şi cu insomnie. Toată noaptea se plimbă agitat, nu poate lucra nimic, plînge din senin. Se pensionează şi stă un timp acasă îngrijit de mamă. Se recăsătoreşte peste 4 ani şi îşi reia activitatea. La 35 de ani, după o pericadă de muncă intensă, se decompensează din nou : un fond anxios permanent, penibil sentiment de inferioritate ; trăieşte obsesii senzitive (că e mereu privit şi analizat de lume), mania verificării, tanatofobie (frică de moarte), fenomene depresive. Remisiune după tratament, dar recade după 6 luni cu abulie şi mare neîncredere în sine.

Impasurile şi decompensările sînt deci cu stări abulic-ruminative, anxios-depresive, uneori cu fenomene fobice. Obsesiile nu sînt nici manifeste intens, nici persistente, ci doar schiţate. Din perioadele nevrotice de obicei îşi revine, pentru ca apoi să recadă. Această periodicitate a stărilor nevrotice a făcut pe mulţi să susţină apropieri structurale cu ciclotimia : vom reveni asupra acestei probleme.

Psihastenicul, nefiind în principiu capabil să rezolve problemele şi situaţiile noi, este foarte predispus să se decompenseze, să intre în impas nevrotic (anxios, depresiv, fobic, obsesiv) în perioadele de viaţă care reprezintă perioade importante, în sensul că un mod de viaţă organizat şi standardizat urmează să se schimbe cu unul nou. Psihastenicul trăieşte o frică de nou, dar mai ales o „fobie a finalului", a actului împlinit, a încheierii care pretinde un nou început (pe cînd anancastul nu e liniştit pînă nu termină lucrul început).

Acest tip de decompensare se poate studia foarte bine la psihastenicii studenţi. În cazuistica noastră avem multe cazuri de structuri psihastenice, care realizau un impas nevrotic la intrarea în facultate sau la terminarea ei (de exemplu, exact în ziua terminării examenului de stat). De obicei, impasul în care intră, indiferent de colo-

ratura dominantă, anxioasă, fobică, depresivă, obsesivă, are tendința să împingă individul spre retragerea din angajare, spre „fugă" în anonimat comod sau într-o inactivitate plină de ruminații, deci o reacție deosebită de cea pe care o face simplul aderent de act (nepsihastenic), deci de *Entlastungreaction*. După ce momentul critic e depășit, se instalează un *modus vivendi* acceptabil. Așa, de exemplu, e istoria unui medic psihastenic care, imediat după examenul de stat, se internează în clinica psihiatrică : se simte epuizat, dar mai ales e preocupat ruminativ de ideea că nu se va descurca în munca de la circumscripție, că nu va putea prescrie un tratament ; e obsedat de ideea de a nu face schizofrenie, de a nu i se prescrie șocuri. La circumscripție se descurcă însă excelent și totul se desfășoară bine pînă dă examenul de specialist și urmează să se instaleze într-un alt loc de muncă : apar insomnii, neliniște, anxietate ; față de toți cunoscuții și mai ales față de soție se lamentează mereu cu simptomele sale : îi e teamă că pe zi ce trece forțele îi vor scădea, că nu va face față în muncă ; orice dispoziție primită, chiar fără o semnificație deosebită, îi ridică nenumărate probleme și-l torturează cu gîndul că nu va fi în stare să o pună în aplicare. Din nou e obsedat de ideea schizofreniei, a șocurilor electrice și insulinice. Nu duce la capăt o acțiune începută, pentru că înainte de final se răzgîndește. De exemplu, internat într-un sanatoriu, se hotărăște de nenumărate ori să plece, dar se întoarce din drum cu bagajele deja făcute, ba chiar din gară, chiar după ce și-a scos bilet. Ulterior, după ce s-a instalat solid în noua funcție, viața devine acceptabilă, randamentul bun și în orice caz nu mai sînt simptome nevrotice clinice.

Un mare număr de studenți psihastenici se internează cu o simptomatologie nevrotică gravă, în cursul ultimului an de studii. Zecile de cazuri pe care le-am observat ne determină să investigăm amănunțit caracterial pe cei ce se internează în astfel de împrejurări și care în marea majoritate se dovedesc a fi structuri psih-

astenice evoluînd neclinic mult timp. Ca o regulă pe care am verificat-o de nenumărate ori, dacă studentul în cauză poate fi direcţionat energic pentru a-şi termina facultatea şi a se insera în muncă, simptomele se estompează şi dispar ; în caz contrar, aproape orice tratament e fără efect.

Un tînăr bine dotat intelectual, dar cu o structură psihastenică, după ce dă examen de admitere la facultate şi reuşeşte, în săptămînile ce preced începerea cursurilor are cîteva poluţii : panică, anxietate, ruminaţie pe tema unei eventuale tumori în zona sexuală, depresiune cu ideea suicidului, izolare. Intenţionează să renunţe la facultate pentru a se trata. Psihoterapie raţională şi dirijare autoritară. Începe cursurile şi treptat se integrează în viaţa de student, simptomele dispărînd. În acest caz, la decompensare, alături de intrarea într-un nou regim de viaţă, contribuie şi un eveniment episodic (poluţiile) care dau o motivaţie decompensării anxioase. În alte cazuri încărcarea fundalului poate fi importantă.

Un tînăr, deşi dotat, face, datorită circumstanţelor, o şcoală profesională şi nu liceul. Munceşte ca strungar. Structura psihastenică nu sare în ochi la prima vedere. Ulterior începe liceul seral. Flirt şi ulterior relaţii mai intime cu o studentă. În această perioadă, odihnă puţină datorită unui program încărcat : dimineaţa muncă în uzină, după masă liceul şi studiul, seara pînă tîrziu noaptea întîlnire şi plimbări cu prietena. Alimentaţia neregulată, o iarnă în care doarme aproape fără încălzire. Primăvara, fata presează căsătoria. Cu o săptămînă înainte de începerea examenelor sale (de liceu) se declanşează un impas nevrotic masiv, cu anxietate, fenomene de derealizare, fenomene ipohondriace ; intră în circuitul medical şi face o dezvoltare nevrotică tipic psihastenică, ruminativă, cu îndoieli, nehotărîre, obsesii, care-l duce la pensionare. Remontare după tratament energic şi mai ales direcţionare energică.

În cazul ultim, psihastenia nu avea o manifestare clinică decelabilă, clară înaintea accidentului care s-a pro-

dus după o masivă încărcare a fundalului (în cazul de față mai mult epuizare), la care se adaugă situația tip: situația de a opta și de a rezolva ceva.

Psihastenia se poate realiza și în formule grave ca cele descrise de Janet, cu masivă derealizare, depersonalizare, cu sentimente de *deja vu, jamais vu,* cu „căderi ale tensiunii psihice" cu grave obsesii, de obicei compulsii (impuls la act absurd) și reprezentări obsesive. Aceste forme grave, în afara imixtiunilor posibile cu schizofrenia, pot fi entități clinice aparte, evoluînd ca atare, fără a ajunge la psihoză. Dar aceste cazuri sînt fundate, în principiu, endogen și ascultă mai mult de legi endogene decît reactive de evoluție; de aceea le încadrăm în cadrul nosologic al dezvoltării derapanate despre care vom vorbi într-un capitol următor. Vrem să subliniem însă că psihastenia nu înseamnă neapărat ceva gravissim. Momentul său crucial ar fi nesiguranța funciară a ființei umane, cu suprastructurile sale de dificultăți deliberative, de angajare și de final a actului; deci dezordine, cu fugă în meditație, ruminație, imaginar, abstracții, ca un corolar al apragmatismului. În plus, nevoia de a fi condus, adică de a se adapta unor conduite și soluții standardizate, dar nu impersonal prezente, ci propuse și dirijate nemijlocit de alții. Toate acestea dau, așa cum menționam deja, coloratura de *împrăștiere* a comportamentului psihastenic. Dar gradele în care aceste fenomene sînt prezente sînt variabile; la fel, decompensările (impasurile) nevrotice se realizează de obicei în momente de alegere și nu de autosuprasolicitare. Ele pot fi de asemenea colorate polisimptomatic: depresiv, anxios, fobic, obsesiv.

Există desigur mixturile acestui tip (luat ca un tip-ghid ideal) cu cel al perfecționistului rigid scrupulos și ambițios, cum există mixturi și apropieri și față de un alt tip, cel al fobicului. Nu credem însă că apropierea pe care mulți autori germani (Gebsattel, Petrilowitsch) o fac între psihastenic și fobic ar șterge diferențierile dintre aceste două tipuri. Mai mult chiar, structura psihastenică se poate încrucișa cu modalități isteroide. Toate acestea nu șterg însă originalitatea și posibilitatea de existență independentă a psihastenicului ca tip.

3. FOBIA ŞI PERSOANA FOBICULUI

Cînd nevroza se dezvoltă pe un teren anancast-psihastenic apar deseori simptome fobice. Acest fapt a făcut pe unii autori să vorbească despre o nevroză „obsesivo-fobică".

Fobia ar însemna o frică patologică. Frica legitimă, comprehensibilă, este o trăire umană normală. De la această frică naturală, in nemijlocită legătură cu o situaţie fobogenă trăită, există desigur tranziţii pînă la frica absurdă, total incomprehensibilă (34). S-a încercat studierea frecvenţei fobiei de intensitate medie şi gravă la populaţie în general şi la bolnavii psihici in special (S. Agras, D. Sylvester, D. Oliveau, Comprehens. Psychiat.; Isaac M. Marks, Amer. J. Psychoter., 1970). Fobia gravă s-ar întîlni la 2,2‰ din populaţie şi la 3—5% din bolnavii psihici. Orice statistică ce abordează „simptomul" nu poate fi însă decît foarte aproximativă.

De la început se cere elucidată problema raportului şi diferenţierii dintre fobie şi obsesie ca simptome; şi aceasta deoarece deseori fobia e obsedantă, iar obsesia poate avea o temă fobică.

Lui von Gebsattel (35) îi datorăm distincţia psihopatologică netă între *fobiile propriu-zise, care sînt situaţionale,* şi obsesiile fobice, care sint ideice, nesituaţionale, in mare măsură indiferente faţă de preajmă. Pe primele, Gebsattel le numeşte fobii psihastenice, pe celelalte, fobii anancaste.

Interpretarea fobiei ca fiind eminamente situaţională, legată de lumea înconjurătoare, de preajmă şi prin aceasta diferenţiindu-se de obsesia ideică (aşa cum face Gebsattel) este în cele din urmă o evidenţă fenomenologică. Orice stare de frică face ca individul să fie *atent* la lumea ce-l înconjură (36), să o prospecteze interesat şi crispat pentru a descifra la timp locul de unde şi forma în care izvorăşte pericolul. Iar dacă pericolul este prezent, persoana e cu atît mai atentă la preajmă, căci numai detaliile acesteia pot fi punctele de sprijin pentru soluţiile salvatoare, care se realizează în cele din urmă prin acte efectuate în aceeaşi preajmă imediată. Frica nu poate fi astfel despărţită de lumea înconjurătoare imediată şi reală, de situaţionalitate şi circumstanţiali-

tate. Obsesia, dimpotrivă, lasă persoana indiferentă față de preajmă. Mai mult chiar, prin cufundarea obsesivă în axa mnezică, persoana este „abstrasă" din problematica prezentă acum și aici. Pentru obsedat contează problema sa interioară, actualul său vechi și nemetabolizat, care-l asediază, chinuindu-l. Cît privește preajma, ea este pentru el la fel de nesemnificativă ca pentru depresiv.

Ce înseamnă și cum se explică circumstanțialitatea, situaționabilitatea trăirilor fobice în psihopatologie ?

Janet (28, 29) a descris fobia ca „fobie de situație". Dar fobia de o situație anumită avea pentru celebrul psiholog o valoare simbolică : ea reprezenta de fapt „fobia de o acțiune în anumite circumstanțe". Fobia de un obiect avea pentru Janet tot o valoare simbolică, echivalentă fiind cu fobia de un act profesional. Această interpretare dată de Janet caracterului situațional și obiectual al fobiilor este însă, pe de o parte, simplistă, pe de alta, cauzal mecanicistă. Conform acestei interpretări ar însemna că fiecare fobie de o situație sau de un obiect anume ar avea un echivalent exact în precizabile fobii de acțiuni în anumite circumstanțe sau în precizabile fobii de acte profesionale determinate.

Aceeași perspectivă explicativ-cauzală o întîlnim și în psihanaliză (21, 27, 38). Freud are meritul de a fi izolat și descris pentru prima dată o „nevroză fobică" independentă și distinctă de „nevroza obsesională". La Freud, aspectul situațional și obiectiv spațial al fobiei nu este ignorat, dar e considerat ca fapt *secundar*. În realizarea simptomelor fobice ar interveni meoanismul proiecției și al deplasării simbolice (39) pe un obiect sau pe o situație a lumii înconjurătoare, a unui conflict intrapsihic insolubil, generat de o pulsiune periculoasă pentru Eu și care creează o trăire subiectivă de frică greu precizabilă. Prin proiecție, deplasare „obiectivare", tensiunea anxioasă se liniștește, de vreme ce apare un obiect sau o situație exterioară în raport cu care frica poate fi definită și care — știut fiind — poate fi evitat sau permite luarea unor măsuri de asigurare, apărare și luptă. Psihanaliza se menține în cadrul unor explicări cauzal-determi-

niste, deoarece pentru fiecare obiect sau situație fobogenă se precizează un conflict intrapsihic determinat (21).

Psihanaliza lasă însă suficient cîmp liber și pentru alte interpretări ale „situaționabilității" fobiilor autentice. Una din explicațiile care funcționează cu certitudine se găsește in embrion în opera lui H. Wallon (deși eminentul psiholog al „psihismului nuclear" nu s-a ocupat decît tangențial de psihiatrie). Wallon distinge (40) în dezvoltarea gîndirii la copil o primă etapă importantă pe care o numește „gîndire spațială", situațională. De la aceasta se trece la o etapă ulterioară, superioară, cea a gîndirii discursive, care presupune și ea trăirea unei spațialități, dar de un alt ordin care să facă posibilă distribuirea cursivă a elementelor într-un discurs coherent. Obsesia s-ar funda în al doilea nivel — și de aceea ar apărea mai tardiv — pe cînd fobia ar ține de primul nivel.

Wallon leagă și el problematica fobiei de raportarea nemijlocită a persoanei la preajmă, considerată la el ca spațiu. Explicația pe care o dă, cel puțin în ceea ce privește unele fobii, se îndepărtează net de cea psihanalitică și se bazează pe un domeniu de fapte care a fost studiat amănunțit de Piaget (41) și anume structurarea ierarhică a spațiului trăit și reprezentat în ontogeneză. Agorafobicul (in sens restrins) ar face criza de angoază în mijlocul pieței goale, deoarece capacitatea de a trăi lumea ca spațiu a regresat de la nivelul euclidian și proiectiv, la nivelul mai primitiv, topologic. Lumea există — ca spațiu pentru individ — numai cînd el este în contact de atingere, de contiguitate cu un obiect. Astfel, se realizează o trăire a neantului cu sentimentul de cădere în gol și cu criza de angoază consecutivă. O dovadă a faptului că așa stau lucrurile ar fi faptul că în cazul agorafobiei aceeași persoană care nu poate trece prin mijlocul pieței trece pe lîngă case liniștit sau și prin mijlocul pieței, dar în acest caz doar ținînd de mînă pe cineva (sau chiar împingînd un cărucior) și creîndu-și astfel un spațiu topologic de sprijin.

Tot Wallon scoate în evidență legătura dintre act și structurarea, trăirea și reprezentarea spațiului. Stăpînirea spațială a lumii înconjurătoare (ancorarea spațială, cum

spunea Merleau-Ponty) (42) este cea care face ca actul să fie posibil, fiindu-i în acelaşi timp consubstanţială. Actul, din momentul proiectării sale şi pe tot parcursul realizării, se bazează pe perceperea şi prelucrarea datelor spaţiale. După cum, pe de altă parte, intenţia de act prefigurează un cîmp al acţiunii posibile, structurînd astfel lumea înconjurătoare ca spaţiu.

Fobicul stă crispat în faţa actului pe care, deşi îl prospectează — simţindu-se angajat în el — nu-l poate realiza, neputînd „demara" din cauza inhibiţiei fobice. Această grevare a actului merge mînă în mînă cu alterarea trăirii lumii ca spaţiu.

Dar şi corpul propriu face parte din lume. În acelaşi timp însă, actul merge spre lume, izvorăşte şi se proiectează în lume din interiorul persoanei, din corp şi prin corp. Corpul propriu — spunea Merleau-Ponty (42) — este un nod de acte potenţiale. Lumea exterioară, ca spaţiu, se structurează în ontogeneză concomitent cu structurarea corpului propriu ca un spaţiu inedit (delimitat prin schema corporală). Iar această structurare spaţială este un fundament, o condiţie de posibilitate pentru actele prin care persoana se raportează la preajmă. Spaţiul corporal este şi el un „loc" din care fobiile pot izvorî.

În urmă cu cîţiva ani, Pierre Rebufet (44) a încercat, bazîndu-se şi pe analizele lui Sartre (45), o analiză şi o interpretare a fobiilor din această perspectivă a alterării spaţiului trăit. Dar luarea în considerare doar a alterării acestui spaţiu fizic, chiar şi dacă alături de spaţiul preajmei invocăm şi propria corporalitate ca spaţiu, ca loc de unde poate izvorî periculosul fobogen, nu poate fi decît o interpretare limitată. Desigur, se găseşte astfel o alternativă faţă de speculaţiile psihanalitice care invocă proiecţia pe preajmă a unor nelinişti şi frici lăuntrice rezultate dintr-un conflict, în cele din urmă moral. Totuşi, acest fapt subliniat de psihanaliză — cum că omul este o fiinţă socială şi morală care trăieşte *în el* raportarea la alţii, şi include problematica morală a grupului — nu poate şi nu trebuie ignorat. Şi soluţii extrapsihanalitice există. Oare spaţiul în care omul trăieşte şi acţionează, la care el se raportează, este doar un spaţiu fizic? Oare

omul nu se raportează la alții deseori emotiv, precum și la ansamblul grupului, ca ființă responsabilă moral, într-un fel de spațiu social și etic?

Înainte de a aborda aceste probleme, să reluăm, pentru o încercare de punere la punct, problema „proiecției" psihanalitice. Această problemă are o soluție oarecum diferită de cea freudiană chiar la psihanaliștii contemporani, mai ales sub influența analizelor psihologic-fenomenologice. Lopez Ibor (46, 47) analizează într-o perspectivă fenomenologică cum în criza de angoază, indiferent prin ce determinată, subiectul resimte o estompare și o prăbușire a tuturor datelor lumii, a tuturor referințelor sau indicilor despre ea. Această „demundizare" acută creează în individ propensiunea disperată față de „un punct de sprijin", oricare ar fi el. Individul simte nevoia să se agațe de ceva și se fixează crispat de orice realitate a lumii pe care o întîlnește. Astfel, anxietatea se cristalizează pe un obiect care concentrează legătura cu lumea și care devine astfel nucleu, sursă fobică; căci el simbolizează posibilitatea de pierdere a oricărui reper existențial, deci de pierdere a lumii. Arieti (48) dă o interpretare care se află la mijloc, între cea a lui Freud și cea a lui Lopez Ibor. Și el recunoaște că *faptul primar e anxietatea;* dar această anxietate nu caută cauzal numai anumite obiecte simbolice pe care să se cristalizeze. „Alegerea" obiectelor *(Gegenstand)* fobice are o mare cotă de aleatoriu, fiind în funcție de ansamblul obiectelor și situațiilor existente în lumea și în preajma persoanei. Dintre acestea, totuși, *unele* sînt preferate în măsura în care pot simboliza trăirea complexuală din individ. Cam în același sens interpretează problema și alți autori (49, 50).

Noi sîntem în orice caz de părere că obiectul sau situația fobogenă are o mai mică importanță și este foarte puțin semnificativă cauzal. Faptul fundamental la nevroticul fobic constă într-o alterare și disoluție a trăirii lumii ca spațiu complex (fizic-social-moral).

Să revenim însă. Trăirea fricii, precum și a anxietății, angoazei, spaimei, groazei, panicii (care fac parte din aceeași gamă cu frica) sînt trăiri afective care îmbracă deseori un aspect emotiv. Astfel, în spaimă sau angoază întîlnim, alături de trăirea subiectiv-afectivă specifică, și

o îngustare extremă, fasciculară a lumii sau o disoluție a ei, și de asemenea o trăire corporală aparte : perturbări ale sistemului motricității active (tremurături, astazie, hipotonie cu leșin sau crispare de alertă), precum și o furtună vegetativă (tahicardie, transpirații, vasoconstricție periferică, horipilație etc.). Dar frica nu este un fenomen acut emotiv, deși se poate transforma în emoție atunci cînd obiectul sau situația fobogenă nu mai poate fi evitată. Ce legătură ar putea fi între omul care se emoționează ușor, între „constituția emotivă" și fobic ? O astfel de legătură este asertată de unii autori francezi moderni (51, 38) care fac apel la „constituția emotivă" descrisă de Dupré, care ar reprezenta, după acești autori, structura caracterială ce ar sta în spatele nevroticului fobic. Atît doar că Dupré (52) a descris constituția emotivă ca o constituție degenerativă, identificabilă prin multiple semne „obiective", dintre care majoritatea simptome microneuropatologice. În plus, Dupré nu a făcut nici o legătură expresă între această constituție și o suferință fobică nevrotică, deși el descrie multiple și variate tablouri psihopatologice care pot apărea pe acest fond.

Totuși, caracterul „emotiv" este un bun punct de plecare pentru discuția clinică și psihopatologică despre fobie și fobic, mai ales dacă ne referim la emotiv ca la un individ care clachează în situația unei relații interumane, interpersonale, adică dacă luăm în discuție așa-zisa „emoție socială", emoția trăită de o persoană cînd se manifestă în fața altora.

Dar și în această perspectivă cazurile simple pot fi intens emotive și doar potențial fobice.

De exemplu, o studentă se emoționează totdeauna la examen, în așa mod încît părăsește uneori sala, dar poate da totdeauna răspunsuri corecte în scris. Nu dezvoltă nici fobie de examene, nici alte fobii ; totul se reduce la o trăire emotivă socială, strict circumstanțială.

Un alt caz, ceva mai complicat, ajunge să trăiască o stare de tensiune, o anxietate de așteptare, după multe intervenții chirurgicale, dintre care mai ales ultima, pentru ulcer, a impresionat-o în mod deosebit. De mică era o fire sensibilă, impresionabilă, căreia îi era frică să stea singură. După operație e mereu în tensiune, tresare la orice zgomot. Cînd aude clanța de la ușă sau simte că vine cineva din

spate, se sperie și simte un „fior pe creier"; nu poate sta singură nici ziua. Principala frică e de singurătate și de moarte. Cînd trece pe lîngă o apă sau un pod tresare speriată.

La acest caz, principala frică din copilărie și pînă la intrarea în circuitul psihiatric este cea de singurătate. Aceasta este o situație care în copilărie e aproape normală : prezența celuilalt este securizantă ; ca și cum, cînd celălalt ar lipsi, ar lipsi ceva din propria personalitate, de unde incertitudine și anxietate. Singurătatea propriuzisă e angoazantă, predispune la o stare de alertă difuză, la frica de a nu se întîmpla ceva rău (psihanaliza vorbește în legătură cu copilul mic despre frica de devorare, care ar fi o fantasmă orală) (37). Dar pacienta noastră mai trăiește o stare de frică la simpla apropiere a cuiva. Deci : frică de a nu rămîne singură, frică și alertă în singurătate, calmare în prezența cuiva, frică cînd se apropie cineva ; iată o gamă destul de largă a eventualităților psihopatologice legate de raportarea interumană și pe care vom încerca să le analizăm. Să mai remarcăm schița unei frici de spațiu (legată de înălțime) și frica de moarte, care e de fapt începutul și sfîrșitul oricărei frici. Multiplele intervenții chirurgicale suferite au jucat desigur un rol important în decompensare, prin violarea celui mai fundamental, intim și cert spațiu al persoanei, adică spațiul corporal.

Vom urmări în continuare problema fricii de singurătate și a nevoii de prezență protectoare a cuiva.

Una dintre pacientele noastre, crescută într-o familie unde a primit o educație rigidă, s-a căsătorit la 18 ani cu un bărbat cu 20 de ani mai în vîrstă, un psihopat de o gelozie feroce, care o ține închisă în casă și îi face zilnic scene pentru imaginare intenții de infidelitate. Pacienta, care deși era o fire ascultătoare și cuminte, la vîrsta cînd se căsătorește începuse să-i placă deja existența în mijlocul grupului social, e inhibată de vehementa desfășurare a soțului și suportă această existență ca o sclavă timp de 7 ani, după care se desparte. Rămîne încă un timp despărțită de soț, dar locuind în același apartament, ea cu mama și cu copilul. Cînd se pronunță divorțul, pacienta suferă o operație Halstedt pentru cancer mamar

și apoi își reia activitatea. Locuiește într-un apartament separat, e liberă de constrîngeri și suspiciuni, ar putea să-și reia, să-și reconstruiască o existență socială. Dar apare un simptom cumplit : de cîte ori e în societate, simte că emană un miros uterin foarte respingător (deci autodisosmofobie). Fenomenul nu se întîmplă niciodată cînd e singură, dar ajunge să fie în situația de a întîlni pe cineva pentru ca mirosul să reapară. Bineînțeles, totul se petrece în domeniul propriei subiectivități și consultațiile făcute la toate somitățile ginecologice rămîn fără rezultat. Interdicția de relație socială impusă inițial de soț s-a păstrat, s-a incrustat în structura personalității și continuă să funcționeze prin intermediul unui simptom situațional fobic simbolic, pe care psihoterapia îl reduce.

În cazul de mai sus, simptomul autodisosmofobic simbolizează o fobie de mai mare generalitate : fobia de relații sociale. Fobicul este parcă atras de o relație interpersonală ultraprotectivă, resimțind nevoia de a fi condus. In același timp el poate fi crispat în fața relației sociale (care e de fapt un act de raportare), după cum crispat este în fața actului în general ; ceea ce uneori dă impresia de abulie. În esența sa, fobia este o fobie de acțiune, de luare în stăpînire a lumii prin act.

Să menționăm acum un caz la care fobia spațial-fizică și fobia spațial-socială se intrică.

O pacientă face un impas și apoi o dezvoltare nevrotică în urma unei masive încărcări a fundalului psihic cu trăiri conflictuale și anergizante : într-un interval scurt de timp îi moare tatăl, e dată afară din slujbă, face o hepatită epidemică și termină, după multe scandaluri, divorțul cu un soț cu care făcuse o căsnicie mizerabilă și chinuită timp de 7 ani. Caracterial, era o perfecționistă cuminte și ascultătoare : totdeauna a muncit mult, dar doar ce i se cerea. Ținea ca totul să fie în ordine. Simțea nevoia să fie condusă. Impasul nevrotic se desfășoară în special cu fobii : fobie la trecerea unei străzi, fobie de aglomerație, stare de rău cu transpirații și vertij la mijlocul drumului dintre casă și serviciu etc. În toate aceste situații, și un copil mic o liniștea dacă o lua de mînă și o conducea pînă acasă. Esențial era să nu fie singură. Mai apar ca simp-

tome clinice fobia de înălțime, fobia de medicamente și altele. Se retrage treptat din orice activitate, din distracții, din relații sociale. Culmea binelui și lucrul spre care tinde e să stea acasă culcată în pat în prezența unei persoane securizante. Iar culmea răului e pe stradă, în aglomerație sau oriunde e multă lume, la care trebuie să se raporteze. Retragerea din inserția în lume prin act și relație este evidentă.

Remarcăm deci la fobic, nu numai dificultatea prezenței într-un spațiu fizic particular (piață largă goală deseori, dar și spațiu strîmt și închis, înălțime etc.), ci deseori și dificultatea prezenței în mijlocul grupului social, într-o raportare nemijlocită, responsabilă și actantă față de semeni. Atît fobia de spațiu larg, cît și fobia de contact social în grup sînt *știute* de persoana în cauză și situațiile respective evitate. În absența situației malefice (fobogene), subiectul nu este obsedat de eventualitatea răului angoazant, pentru ca o dată pus în situația respectivă, simptomele să se declanșeze brusc și brutal. De cele mai multe ori, fobia de spațiu fizic neavut în stăpînire, nesecurizant și fobia de spațiul relațiilor sociale, angoazant și el, există concomitent; așa, de exemplu, în fobia de aglomerație pe stradă, în vehicule publice sau la cinematograf.

La ultimul caz menționat, culmea răului se produce pe strada aglomerată, la jumătate distanță între casă și serviciu. Nu e vorba de un rău care să se producă în mijlocul unei mari piețe goale. Și totuși soluția e aceeași: un copil trebuie să conducă de mînă pacienta pînă acasă.

În ceea ce privește raportul fobiei cu obsesia, lucrurile sînt mai diferențiate. Cît timp pacienta stă acasă fără intenția de a pleca, nu există nici fobie, nici obsesie. Dacă întîmplător „se trezește" în mijlocul străzii aglomerate, fără să fi fost atentă cum a ajuns acolo sau fiind părăsită în acest loc de o cunoștință, angoaza se declanșează brusc, subliniind deci caracterul situațional al fobiei. Dacă însă pleacă de acasă în urma unei deliberări, pe măsură ce se îndepărtează de casă și în condițiile în care nu e însoțită sau atenția nu e distrasă, se instalează obsesia răului posibil, care și apare în final ca într-un mecanism Car-

penter. La fel se întîmpla la pacienta cu autodisosmofobie : dacă era pusă brusc în prezenţa cuiva, simptomul se instala brusc ; dacă mergea spre o întîlnire posibilă, el se instala după o prealabilă fază obsesivă ; stînd singură acasă, nu apărea.

Pînă aici am urmărit în primul rînd problema fobiei ca trăire-simptom, distinctă prin circumstanţialitatea sa de obsesia ideică. Am urmărit de asemenea fugitiv cum trăirea fobică are drept condiţie de realizare a sa perturbarea trăirii lumii ca spaţiu complex (fizic-interpersonal-social-moral). În continuare vom urma un drum invers. Vom porni de la persoana fobică spre simptomul fobic.

În literatura recentă, nevroza fobică este recunoscută de marea majoritate a autorilor (53, 54, 55, 38, 37, 34) ca o nevroză posibil independentă. Dar foarte mulţi pleacă tot de la isteria anxioasă a lui Freud. Petrilowitsch (5, 8, 9) distinge şi el net fobicul de anancast, deosebirea fiind, după acest autor, nu numai în simptome şi patogenie, ci şi în structura persoanei prealabile, a fundalului personalistic. El denumeşte această persoană care corespunde fobicului „instabil emotiv" *(Stimmungslabile)* şi în descrierea sa trece pe primul plan tot problematica emotivităţii ca şi la francezi (revendicîndu-se însă, nu de la Dupré, ci de la Wilmans, 1914). Instabilul emotiv al lui Petrilowitsch e caracterizat prin vitalitate redusă şi în acest sens se apropie de astenic, depresiv, ba şi de psihastenicul francezilor, spune autorul ; o mare hiperestezie şi vulnerabilitate senzorială, astfel că totul se petrece foarte aproape de somatic, în „rezonanţa afectivă a corpului" ; e vorba de persoane instabile emotiv, cu sensibilitate afectivă excepţională la orice stimul ; în nucleul caracterial al persoanei predomină afectul în aşa măsură, încît individul învăluie şi obiectul cu afectivitate, îl consideră foarte repede simpatic sau antipatic la prima impresie, cu transpunerea intuitivă imediată a trăirilor sufleteşti asupra obiectului respectiv. Această mare sensibilitate şi emotivitatea crescută pe care fobicul o are în spate fac să existe o legătură între fobie şi anumite boli ce măresc emotivitatea pacientului, cum ar fi hipertiroidismul (Frankl, Ficcara). În sfîrşit, fobicul e

orientat spre exterior, caracterizat printr-o vivacitate vulnerabilă. La el e prezentă o precumpănire a exigenței și pretenției în dauna randamentului. În consecință, fobicul ar avea trăsături caracteriologice net distincte de cele ale anancastului rigid și hipoafectiv.

În cazuistica noastră am întîlnit deseori aceste trăsături caracteriale la fobici. Mai ales emotivitatea exagerată, implicarea intensă a corporalului în trăire, o anumită extroversiune cu predominanța exigenței și pretenției asupra randamentului. Implicarea intensă a zonei corporale a persoanei în trăiri a fost remarcată mai de mult la fobici. Psihanaliza vorbește chiar de o regresiune la nivelul „instinctelor parțiale", înțelegînd prin aceasta participarea diverselor zone de sensibilitate corporală cutanată, artromiokinetică la organizarea simptomatologiei. Tot în legătură cu trăirea corporalității în nevroza fobică, mulți autori — între care Michaux (79) — au insistat asupra frecvenței sentimentului de scîrbă la fobici, iar alți autori au relevat că fobicii au o sensibilitate olfactivă exagerată.

Un fapt care nouă ne-a părut a fi mai frecvent și mai fundamental la fobic e jocul bipolar între supunere și dominare. Și Petrilowitsch afirmă sugestibilitatea instabilului emotiv, iar într-un pasaj menționează chiar următoarele: „Agorafobia merge mînă în mînă cu recunoașterea unei incapacități evidente, mai ales că dorința spre un sprijin precis, spre un mentor cu care să treacă strada sau piața e recunoașterea *de facto* a incapacității personale, *a dorinței de tutelă*". Noi credem că tocmai această dorință de tutelă, pe care anancastul orgolios nu o poate suporta și pe care psihastenicul o acceptă pentru a ieși din nesiguranță, este ceea ce caracterizează mai profund persoana fobicului. Apropierea pe care Petrilowitsch o face cu psihastenia nu e necesară. Pentru noi, fobicul este un ascultător și un ponderat, la fel ca anancastul neambițios, dar aderent de muncă; el nu-și este însă suficient sieși și nu-și poate cîștiga sentimentul siguranței de sine și a propriei identități și delimitări prin muncă persistentă, perseverentă, migăloasă și ordonată. El are în schimb nevoie de un „sprijin de brat permanent", de o identificare de durată cu o persoană care

să-i fie suport axial. Această apropiere de problematica raportării la altul, a identificării cu altul, apropie fobicul într-o oarecare măsură de isteric, de care rămîne însă distinct. Anancastul în alertă fuge după propria-i delimitare prin acte; istericul își constituie persoana circumstanțial, prin situația de captare a interesului social. Nici unul nu simte însă, ca fobicul, nevoia unei centrări, a unei axe care să-i organizeze persoana. Fobicul resimte nevoia unei înrădăcinări; pentru el calmul înseamnă casa. Sau și mai precis, securitatea corporală, față de care se simte vulnerabil. Fobicul nu se lansează în acte perpetue ca anancastul; sau ca psihastenicul în perpetue deliberări; și nici în multiplicitatea relației sociale în mod isteric. El dorește o relație unică, stabilă, centrată, securizantă. Fobicul este crispat în fața actului în care nu se lansează. Și de aceea spațialitatea se ratatinează pe propriul corp, care devine mai mult ca oricînd nucleul intențiilor de acțiune. Dar acestea rămîn doar intenții, aglomerînd în consecință spațiul în propria corporalitate. Sau, mergînd mai departe, renunță și la intenția de act, colorîndu-se atunci depresiv; în aceste momente, cenestopatiile ipohondrice devin eflorescente. De aceea, de obicei, în dezvoltările nevrotice, stările ipohondriac-cenestopate apar după atingerea fazei fobice sau depresive.

La fel ca în cazul anancastului și psihastenicului, fobicul poate fi uneori doar o formulă, un stil caracterial, care niciodată să nu se manifeste nevrotic clinic. După cum poate trăi circumstanțial impasuri nevrotice, cu simptome variate, dar predominant fobice, pe care să le depășească integrativ. La fel, suferința psihopatologică care începe la o persoană fobică sau cu simptome fobice poate atinge forme grave, complicate, modalități derapante.

Am vrea să menționăm doar în treacăt unul din cazurile cu evoluție mai gravă. E vorba de un tînăr care crește într-o familie cu o mamă psihastenică. Pacientul își amintește că la 10 ani avea deja stări de depresiune și anxietate. La 16 ani se simte un om slab, care are mereu palpitații la eforturi. Fenomenele cardiace (recte palpitațiile) sînt din nou prezente la 21 de

ani, de data aceasta sub forma unor crize paroxistice ce apar pe stradă şi se însoţesc de anxietate. La 25 de ani nu poate ieşi pe stradă decît cu mare dificultate din cauza palpitaţiilor dar poate ieşi şi se poate deplasa fără nici un inconvenient cu bicicleta. După un timp şi pe bicicletă, în locurile largi, simte o panică cumplită ; strînge tare ghidonul şi trebuie să se oprească, pentru că altfel se simte atras ca un magnet de vehiculele care vin în sens contrar. E internat, i se pune diagnosticul de nevroză astenică (! !) şi face diverse tratamente. Termină apoi facultatea, după care se simte mai bine. Spiritul de răspundere şi munca susţinută îi convin. Ulterior, tabloul psihopatologic reapare. Caută să facă drumuri cît mai scurte, dar deseori, la mijlocul drumului, îl apucă panica, dă un telefon soţiei, care soseşte în mare grabă cu un taxi şi astfel merge mai departe. Apoi apare un nou simptom : totul în jur pare că e ciudat, „ca şi cum el ar fi picat din lună". În timpul discuţiilor cu alţii, uneori are o senzaţie ciudată, încît se întreabă : exist ? ; şi atunci trebuie să facă ceva aproape dureros pentru a se convinge ; deci, derealizare şi depersonalizare. Seara, cînd se lasă întunericul, trebuie să fie neapărat cineva cu dînsul. Evoluţia : după 5 ani de la instalarea acestor simptome grave, aproape nici o modificare în tablou. Îşi continuă activitatea de inginer în care e mult apreciat.

În acest caz nu mai avem o declanşare la un moment dat, ci totul pare a creşte o dată cu însăşi structurarea persoanei ; şi acesta e un semn de gravitate.

La pacientul de mai sus întîlnim, în primul rînd, o fobie a străzii (anxietate-angoază în mijlocul străzii), aşa cum am menţionat şi la pacienta precedentă. Dar simptomele sînt mai complicate. Nu e vorba numai de o disoluţie globală a preajmei ca spaţiu, cu senzaţia căderii în gol, ca în agorafobia simplă, ci şi de o alterare a aprecierii metrice a distanţei. O dificultate a aprecierii distanţei o întîlnim şi în situaţii de nefamiliaritate cu un spaţiu (de exemplu, ţăranul care trece precipitat strada, cu sentimentul că toate maşinile îl vor călca) — şi în emoţii mari (de exemplu, soldatul care are sentimentul că bomba va cădea exact pe tranşeea lui),

precum și în mod cvasiconstant în patologia fobică. Într-un caz monstruos — care avea însă și o leziune cerebrală — pacientul trăia îngrozit sentimentul că toate obiectele pe care le fixează, către care se îndreaptă sau care vin spre el se precipită spre gura lui spre a fi ingurgitate, indiferent de mărime. Incapacitatea de a trăi lumea înconjurătoare ca un spațiu structurat metric stă atît la baza fenomenelor amintite, cît și la baza claustrofobiei. În acest din urmă caz, capacitatea de a trăi preajma spațială ca structurată metric euclidian se pierde de asemenea în unele împrejurări. Ca o consecință, obiectele preajmei, în loc să fugă spre infinit ca în agorafobie, dimpotrivă, se precipită spre individ, spre spațiul său corporal, determinînd trăirea angoazantă a sufocării ; iar pentru aceasta nu e neapărat nevoie de o cameră închisă sau de o stradă îngustă ; ajunge o anumită conjunctură afectivă (un pacient avea senzația claustrofobică a sufocării, simțind cum cerul îl apasă împreună cu pădurea de la orizont).

După cum spuneam însă mai sus, pentru noi, nu numai fobiile „spațiale", ci *toate fobiile propriu-zise sînt condiționate de* o *prealabilă alterare a spațiului trăit.* Disoluția acestuia e condiția de posibilitate a oricărei fobii. Analiza și comentariul psihopatologic al fobiilor se poate face cel mai bine doar paralel cu psihopatologia spațiului trăit. Pentru a susține teza de mai sus vom relua pe scurt discuția despre „spațiul trăit" pentru a preciza ce înțelegem prin această noțiune.

Fără a intra în analize amănunțite, vom menționa aici, recapitulînd, doar următoarele. Din punct de vedere psihologic-fenomenologic, spațiul trăit se împarte în mod primitiv și ireductibil în două domenii : 1. spațiul propriului corp, delimitat de trăirea schemei corporale (57) și umplut de cenestezie ; în acest spațiu, subiectul resimte cenestopatiile, durerile, din el simte izvorînd inspirația, gîndurile *sale,* intențiile *sale* de act, în el resimte emoțiile etc. și 2. spațiul lumii înconjurătoare. Acesta din urmă, la rîndul său, nu este pentru individul uman un simplu spațiu fizic. El se dezvoltă în ontogeneză, pornind de la obiectele percepute, în modalități primitiv topologice, pentru a ajunge pînă la formele de trăire euclidiană (Piaget) (41). Dar el e populat și de oameni. Pentru omul

matur, spațiul lumii înconjurătoare apare ca un spațiu structurat, cu zone securizante și zone periculoase sau dificile. Casa proprie este pentru individ, de obicei, un spațiu securizant (58) (fenomenul e instinctiv, derivă din biologic, de la securitatea cuibului, bîrlogului). Un spațiu dificil pentru individul uman e ceea ce s-ar putea numi „spațiu agoric". În acest caz, prin agora înțelegem, nu un spațiu larg oarecare, ci locul în care se desfășoară viața comunitară a colectivității: locul unde se iau în grup hotărîrile și deci unde fiecare membru al grupului trebuie să se prezinte ca angajat moral și responsabil. Agora e și locul unde se fac consacrările și locul unde se fac ostracizările. Astfel circumscris spațiul agoric, „agora-prezența" poate fi desigur dificilă și poate fi marca suferinței nevrotice. Această „agorafobie în sens larg" ar condiționa o tendință de retragere în spațiul securizant al casei, cu o dificultate de părăsire a ei, de intrare în spațiul lumii, în spațiul străzii, al aglomerației omenești, al relațiilor interumane. Astfel, agorafobia în sens larg ar cuprinde și agorafobia în sens restrîns (adică frica de spații largi goale), dar și alte fobii, între care, în primul rînd, fobiile de aglomerație (pe stradă, în tramvai, tren, la o coadă, la film, teatru etc.). Dificultatea prezenței pe stradă, cu alterarea, regresiunea trăirii spațiului fizic euclidian, cu dificultatea aprecierii distanțelor, a trecerii străzilor, a perceperii vehiculelor care vin în sens contrar, s-ar încadra și ea aici. Și tot în agorafobie în sens larg s-ar încadra și ereutofobia, adică fobia de a roși în public, în fața altora; și la fel tensiunea — „fobia" — resimțită la apropierea cuiva sau autodisosmofobia ca în cazul amintit. În toate aceste împrejurări, care formează de altfel *nucleul nevrozei fobice, faptul fundamental nu este fobia de un obiect anumit, ci o anumită alterare psihopatologică a spațiului trăit (a spațiului agoric în sens larg și a altor modalități de trăire a spațiului în special).* Fobia de obiecte, de ființe, de animale e ulterioară și presupune această psihopatologie a spațiului trăit cel puțin în cazul nevrozei fobice. Ca un preambul al distorsiunii spațiului trăit din nevroza fobică avem două situații așa de frecvente, încît fac deja parte din

inventarul normalității, și anume : a) frica de întuneric, deci de anihilarea lumii ca spațiu al unei acțiuni posibile în caz de pericol ; se întîlnește mai frecvent în copilărie, și b) fatofobia, adică frica, spaima, jena la înălțime, care anunță dificultatea integrării lumii percepute ca spațiu, în vederea acțiunii, se întîlnește mai frecvent la vîrsta adultă.

Ca un corolar al acestei dificultăți a „agoraprezenței", în nevroza fobică întîlnim o tendință la o „înrădăcinare asigurată", de obicei în casa proprie, în orice caz într-un teritoriu bine delimitat, în prezența unei persoane securizante.

Alături de alterarea trăirii lumii exterioare ca spațiu, în nevroza fobică intilnim și modificări de acest tip în domeniul spațiului propriu. O inconsistență, o nesiguranță a acestuia, fundată probabil intr-o vicioasă structurare a schemei corporale, reprezintă preambulul hipohondriei fobice. Un spațiu corporal neavut cert în stăpînire poate găzdui un pericol posibil care poate izvorî din el. Ipohondria fobică este in mare o organizare tematică a fricii de moarte, fundată intr-o distorsiune a spațiului corporal.

Caz : Un revizor contabil, obișnuit să-și țină totdeauna sub control afectele, să nu se descarce niciodată, să nu izbucnească, „să tacă și să facă", după o acumulare de trăiri neplăcute, face o criză de angoază cu panică, sentiment de sufocare, senzația morții iminente, senzație de leșin (fără modificări patologice în aparatul cardiovascular). Își revine complet, dar crizele se repetă. Urmează pelerinajul pe la toți medicii, 7 E.C.G., își ia de nenumărate ori tensiunea arterială. Apoi începe să umble cu bastonul pentru a avea certitudinea că nu va leșina. Cenestopatii și prelucrări ipohondrice. Are în permanență sentimentul de nesiguranță în lume și în viață.

Aici panica duce la ipohondrie. Meldam (1964) (50) constată la toți fobicii o hiperatenție față de propriul corp ; iar Maffei (1966) (60) crede că poate stabili o succesiune a temelor la nosofobici : frică de afecțiuni somatice, de boli psihice, de schizofrenie etc. A. Ploeger

(1969, „Nervenarzt") studiază din perspectivă antropologică, fobia de tumoare craniană, craniul ar reprezenta simbolic „centrul propriei persoane".

Încă două probleme ne apar apropiate sau gravitînd în jurul problemei trăirilor fobice.

Una din aceste probleme se referă la raportul fobiilor cu trăirile depresive. Cercetări recente au relevat corelaţia dintre fobia (de şcoală) la copil şi frecvenţa depresiunilor în familie (61, 62). O legătură structurală există incontestabil, deoarece atit depresiunea, cit şi fobia tind să înşurubeze individul într-un loc fix, în casă de exemplu. Mai interesante ne par însă trăirile compulsiv-autoagresive care foarte des însoţesc un fond depresiv.

Cea de a doua problemă ne-o relevă următorul caz:

Un gospodar afirmativ echilibrat, preşedinte de gospodărie colectivă, bun gospodar, bun organizator, trăieşte la 54 de ani un conflict familial. De fapt, are loc o ceartă între familiile fiicelor sale. Deşi locuiesc în comune alăturate, e implicat şi el în neînţelegerile ivite, iar unul dintre socri îl ameninţă că îl va omorî (fapt plauzibil în obiceiurile locului). Din acest moment se instalează o nelinişte, insomnii cu coşmare, instabilitate motrice, nu mai poate continua lucrul, frică de întuneric. În plus, trăieşte *o senzaţie penibilă că cineva e în spatele său; intră în panică şi se întoarce brusc pentru a verifica.* Fenomenele se amendează brusc după un scurt tratament anxiolitic, psihoterapie şi mai ales aranjarea problemelor familiale.

Ceea ce trăieşte pacientul nostru este o vulnerabilizare a spaţiului-corp în zona care scapă cîmpului vizual şi care devine un călcîi al lui Ahile, prin care agresorul presupus poate să atace; de unde senzaţia de prezenţă ameninţătoare a cuiva în acest spaţiu. Sentimentul de vulnerabilitate a persoanei corporal-spaţiale în situaţia reaţională poate fi însă mai generalizat. În normalitatea psihică, atunci, cînd un individ poartă o haină nouă, cînd prezintă o infirmitate fizică, un defect vestimentar sau are o podoabă deosebită, el trăieşte sentimentul că e centrul atenţiei sociale şi în conse-

cinţă e crispat, se fistîceşte uşor. La fel, orice trăire de culpă sau ruşine creează acelaşi sentiment. Existenţa normală a individului cuprinde, implicată în trăirea curentă, convingerea că propria existenţă e în vizorul social; şi această trăire este extrem de primitivă, prezentă în ontogeneza primordiilor nucleare ale eului (Nuttin) (63). Dar în normalitate acest sentiment e doar implicat în trăiri, influenţînd, desigur, într-un fel sau altul întregul comportament, dar nu e trăit ca atare. Trăiri de ruşine sau culpă pot aduce însă în centrul conştiinţei *acest sentiment senzitiv al relaţiei* (Kretschmer). Dar şi destructurări, distorsionări de ansamblu ale personalităţii pot da acelaşi sentiment: sentimentul că individul nu este indiferent pentru ceilalţi, că aceştia îl iau în permanenţă în considerare (negativ, la senzitiv). Autorii germani, începînd cu Kretschmer şi terminînd cu Petrilowitsch, descriu şi un tip de persoană aparte, care face mai des şi oarecum specific, relaţia senzitivă. Acesta ar fi astenic, timid, nesigur. Dar trăirea relaţiei senzitive este evident o problematizare a limitelor şi vulnerabilităţii persoanei corporale în raport cu socialul; şi în acest sens, trăirea senzitivă interferează cu problematica fobiei.

În trăirea relaţiei senzitive se perturbă limitele între spaţiul corpului persoanei proprii, ca sediu al intimităţii şi al secretului personal, şi spaţiul lumii sociale. La pacientul amintit, această pierdere a stratului delimitant şi protector dintre cele două spaţii se realiza doar sectoral, în zona spatelui, care devenea un culoar neprotejat pentru agresiuni posibile. Tot de această alterare a limitelor mai ţin încă două fenomene psihopatologice. Dintre acestea, unul este din seria fobică şi anume fobia de microbi; sentimentul că microbii sau alte particule subtile, ca praful, otrava, pot invada corporalitatea. Celălalt fenomen psihopatologic ne îndreaptă în altă direcţie; e vorba de automatismul mental.

Sintetizînd acum, vom spune că deşi fobia poate apărea şi ca simptom izolat, în cazurile nucleare de nevroză fobică avem de-a face mai ales cu o *structură simptomatică fobică*. Această structură e încadrată de fenomenele cvasinormale ale fricii de întuneric şi de înălţime. Restul simptomelor fobice se distribuie în funcţie de organizarea

fundamentală a vieții fobicului, care invocă trăirea lumii ca spațiu. Apar astfel două scheme sintetice. Pe de o parte, agorafobia în sens larg e cuplată cu tendința de înrădăcinare într-un spațiu asigurat (în casă) ; în „spațiul lumii" o serie de obiecte, ființe, situații apar ca fobogene. Pe de altă parte, ipohondria fobică, cuplată cu tendința de supunere față de un altul protector și atotputernic și cu tendința de asigurare și protecție medicală și socială. Iar ca marcă a perturbării limitelor dintre spațiul corporal și cel al lumii vine să se eșaloneze o altă serie de simptome fobice.

Tipul fobiilor este corelat cu vîrsta. Teama de întuneric e frecventă la copiii mici ; teama de necunoscut și de străini, de asemenea, apărînd însă la o anumită vîrstă ; teama de animale e caracteristică preșcolarilor, pe cînd agorafobia apare mai tîrziu, doar spre finalul adolescenței, fiind inexistentă la copiii mici. Tot la adult e mai frecventă fobia de înălțime. Proprii vîrstei adulte și înaintate sînt ipohondriile fobice și frica de moarte. Ipohondria fobică aproape nu există în copilărie ; în plus, ea este parțial influențată de factori culturali. Fobia de cancer și de sifilis se întîlnește în secolul nostru probabil la fel cum în urmă cu cîteva secole se întîlnea fobia de demoni și vrăji. Modificarea tabloului fobiilor posibile la diverse vîrste depinde de metamorfoza imaginii despre lume, de înțelegerea și reprezentarea ei și a poziției personale în lume. Complexificarea treptată a imaginii lumii merge mînă în mînă cu complexificarea spațiului trăit. Pentru a fi posibile agorafobia și ipohondria fobică e necesar să se atingă o anumită dezvoltare a reprezentării lumii ca spațiu și o anumită închegare a schemei corporale cu structurarea corpului propriu ca un „loc în lume".

În încheiere mai subliniem o dată faptul că ori de cîte ori pe plan psihopatologic apar fobii, o anumită problematică spațială este implicată. Acest fapt este valabil și pentru fobiile care apar în cadrul bolii anancaste. Și la fel în cazurile care, plecînd de la o simptomatologie fobică, apar ca marginal psihotic sau cvasidelirante (ca, de exemplu, în delirul de atingere). Faptul că psihopatologia fobiei se întrețese așa de profund cu psihopatologia spațiului trăit face ca fobia să

apară destul de distinctă (pe planul considerării ideale) față de obsesie, al cărei comentariu e de făcut în *primul rînd* în raport cu problematica libertății deliberative. Și nu numai obsesia ca trăire, ci și structura anancastă și psihastenică țin de această problematică. De aceea, cînd seria psihopatologică obsesivă și cea fobică se intrică pregnant într-o nevroză cu toate caracterele lor originale, s-ar putea eventual vorbi de o nevroză „obsesivofobică".

4. NEVROZA OBSESIVO-FOBICĂ ȘI SPECIFICITATEA CLINICĂ A NEVROZELOR

Unii clinicieni psihiatri au vorbit mult timp despre o nevroză obsesivofobică.

Prezența unor simptome obsesive și fobice, separate sau concomitente, poate fi întîlnită și în normalitate și în nevroze și în marginalitatea psihotică. Există oare între obsesie și fobie o înrudire mai mare decît între obsesie și astenie, obsesie și anxietate, obsesie și depresiune, obsesie și cenestopatie ? Este oare nevroza obsesivofobică o realitate clinică ?

Și mai departe : e posibil oare să vorbim de anumite tipuri de nevroze calitativ pure ? Cum s-ar putea funda oare specificitatea clinică a nevrozelor ? Să încercăm să răspundem la aceste întrebări.

Ne vom referi pentru început la un caz :

E vorba de o tehniciană telegrafistă, o fire din copilărie extrovertită, veselă, care antrena societatea. După o școlarizare medie lucrează de la 16 ani ca secretară, apoi ca telegrafistă, muncă cu zbucium și emoții. Își înjghebează un cămin, căsătorindu-se la 22 de ani cu un om calm, liniștit, „bun". La 31 de ani, într-o perioadă în care depune un efort susținut (atît la serviciu, cît și prin faptul că își dă liceul seral), o dată cu agravarea unor simptome digestive mai vechi (megadolicocolon cu constipație), apar următoarele simptome : dificultate în concentrare, în muncă, oboseală aproape permanentă, cefalee occipitală permanentă, insomnii. Reduce din efort,

face un tratament cu vitamine şi se remontează, continuîndu-şi existenţa obişnuită. Peste un an face o pielonefrită şi cu această ocazie simptomele reapar. Pe primul plan e acum cefaleea, care, la fel ca în urmă cu un an, e aproape permanentă, dar se accentuează la efort; insomniile sînt acum agitate (în urmă cu un an erau mai ales insomnii de adormire şi somn cu vise profesionale); acum are coşmaruri cu nenorociri care se întîmplă tatălui, soţului sau chiar ei; în somn se zbate, geme, plînge uneori, se trezeşte obosită; astenia se menţine toată ziua. În anii următori, fără a mai interveni ceva în plus, aceste fenomene se accentuează progresiv. Schimbă locul de muncă, unde avea în permanenţă contact cu oamenii, ceea ce deja o enerva enorm şi preia o muncă de birou, unde lucrează izolat. Dar irascibilitatea persistă şi la fel o hiperestezie jenantă; şi zgomotul şi lumina o supără. Pe acest fond neurasteniform, la 34 de ani începe să aibă senzaţia că „lumea are ceva cu ea", mai precis că ceilalţi funcţionari de la serviciu nu sînt mulţumiţi de munca pe care o depune. Logic, îşi dă seama de nerealitatea acestei situaţii, dar sentimentul trăit nemijlocit persistă, ba se şi accentuează ulterior, apărînd şi în legătură cu persoane pe care le întîlneşte prima dată. Îşi accentuează apreciabil simţul corectitudinii. Încep verificările în legătură cu sarcinile profesionale, ca nu cumva să efectueze vreo greşeală, deşi pînă în acel moment nu făcuse nici una şi nimeni nu-i făcuse nici o observaţie. La 35 de ani apar deja idei obsesive, în afara trăirilor sale obsesive, legate de relaţia senzitivă şi verificare. Totuşi, obsesiile ei nu ating absurdul. O soră e internată într-un spital şi atunci trăieşte obsesia, pe care o recunoaşte ca nefondată, că sora ei va muri; sau trăieşte obsesiv ideea că soţul ei va avea un accident de motocicletă sau că ea va înnebuni. Apar apoi şi fobii: de singurătate, la trecerea străzii, agorafobie (în sens restrîns), fobia înălţimii, fobia aglomeraţiei etc., toate foarte marcate. Aceste fobii le trăieşte situaţional sau la reprezentarea situaţiilor

respective (trăieşte un şoc emotiv însoţit de plîns numai la gîndul aglomeraţiei), ca un gol interior cu greaţă şi vomitări, toate pe un fond de anxietate.

Toate aceste simptome le resimte foarte intens la 36 de ani cînd se internează într-un sanatoriu de nevroze. Se ameliorează mult după un tratament medicamentos şi psihoterapic, cu dispariţia fobiilor şi obsesiilor.

După un an de pensionare în care urmează doar un tratament anxiolitic minor, se reincadrează în muncă. Catamneza după 4 ani nu mai relevă simptome psihopatologice, în afară de o irascibilitate care apare după efort prelungit; poate îndeplini serviciul timp de 8 ore fără astenie notabilă, fără anxietăţi, fără incertitudini, verificări, obsesii, fobii şi fără senzitivitate exprimată.

Într-un caz ca cel de mai sus am putea spune că a fost vorba despre o dezvoltare nevrotică remisă. Perioada de început, cînd se instala impasul nevrotic, era o perioadă de mare efort în condiţii de muncă dificile, cu emoţii şi stări conflictuale; tot atunci se produce o accentuare a afecţiunii digestive şi în aceste condiţii impasul nevrotic se instalează. La început, tabloul este neurasteniform, ca de altfel în majoritatea impasurilor nevrotice, care în primă instanţă realizează o demisie a persoanei din randamentul social. Într-o a doua etapă apare problematizarea relaţiilor sociale şi interpersonale. Dar şi intersenzitivitatea e aici în primă instanţă legată de randament, instalîndu-se după modelul „am dificultăţi de randament; lumea are motiv să fie nemulţumită de mine". Apoi devine dificilă relaţia nemijlocită cu un altul: senzitivitate circumstanţială, irascibilitate. Paralel cu instaurarea nesiguranţei de sine, şi care reacţional duce la verificări şi hipercorectitudine, fenomenul obsesiv, care pînă acum germina doar, se instalează patent, preluînd în conţinuturile sale alterarea capacităţilor de relaţie interpersonală (obsesiile vizează soţul, sora etc.). Dar deruta creşte şi se instaurează frica: la început frica cvasiobsesivă de înnebunire; apoi şi patente fobii spaţiale, cărora le putem însă ghici filiaţia din frica de lipsă de sprijin în alţii; frică de singurătate, frică la

trecerea străzii, frică de a trece nesprijinit printr-o piață largă, frica de a se sufoca în mulțime.

În primii ani de suferință, mulți psihiatri ar fi putut eticheta un astfel de caz drept nevroză astenică; și multe astfel de etichetări nu sînt de fapt decît notația începutului sau a aspectului de suprafață al unei nevroze mai serioase. În perioada cînd simptomele s-au înmulțit, cazul putea fi etichetat drept nevroză obsesivo-fobică. De multe ori, ca în cazul de mai sus, se poate urmări în timp succesiunea oarecum derivată a noilor simptome. La 36 de ani, pacienta prezenta: astenie, cefalee, insomnii, hiperestezie, irascibilitate, senzitivitate, nesiguranță cu verificări, anxietate, trăiri obsesive și trăiri fobice. Etichetarea unei nevroze nu poate, desigur, cuprinde în formula sa toate simptomele ce apar, ci doar unul sau două simptome supradeterminate, care constituie matoa sau organizatorul cîmpului de simptome.

De exemplu, o nevroză se poate structura fobic. Obsesiile ce apar vor fi legate de fobiile circumstanțiale. Un agorafobic, plecînd de acasă, începe să fie obsedat de răul posibil din stradă. O fobică panicardă va fi frămîntată de obsesii maligne cînd soțul întîrzie de acasă, cînd o rudă e bolnavă, sau cînd trebuie să dea un examen. Și astfel, obsesiile gravitează în jurul fobiilor, sînt organizate de acestea.

Nu există nevroze monosimptomatice, deși nevroza sărăcește gama posibilităților de trăire ale omului, iar simptomele nevrotice se decantează din trăiri umane uzuale. Faptul că la un moment dat, într-o nevroză dezvoltată, avem un ansamblu de simptome, nu justifică expresii de tipul: nevroză obsesivă cu elemente: astenice, fobice, obsesive de exemplu (căci restul simptomelor sînt de obicei prinse în rețeaua unei structuri din care nu se pot detașa ca elemente permutabile). Un simptom nevrotic nu e niciodată un element al unei serii, ci o fațetă a ansamblului trăirii nevroticului ca om.

Toate simptomele nevrotice sînt derivate din trăirile uzuale, cutumiere ale omului. Starea de înfrîngere nevrotică realizează o situaţie în care, într-un fel sau altul, este prezent explicit sau implicit, mai expresiv sau mai discret, tot ceea ce se poate realiza ca simptom nevrotic. Astfel, nevroticul este, indiferent de simptomul dominant, totdeauna un îngrijorat (anxios), un hipobulic (astenic) cu o dispoziţie afectivă în pessimum (depresiv), cu o nevoie resimţită de securitate (fobic), o libertate motivaţională amputată (obsesie), duplicitar şi lamentativ (isterie) şi cu o trăire neplăcută a corporalităţii (cenestopatie). În plus, neieşind din circuitul vieţii sociale, nevroticul poate trăi ca orice om normal obsesii, oboseli, frici, emoţii, nelinişti etc. Cînd dincolo de situaţia generală de nevrotic unele simptome apar mai pregnante, trebuie să luăm în considerare următoarele eventualităţi.

a) O plurisimptomatologie nevrotică pregnantă, expresivă, este deseori apanajul unor modificări mai grave ale structurii persoanei, deseori marginale psihozei. Abely (64) definea schizoidul printr-o plurisimptomatologie nevrotică gravă ; şi la fel Hoch şi Potain. Acest fapt este cu atît mai real, cu cît simptomele ce coexistă fac parte din serii de obicei divergente, cum ar fi seria obsesivodepresivă şi cea isterică, cu o concomitentă prezenţă de simptome nevrotice şi psihopate.

b) Formele clinice pure de nevroze sînt într-o apreciabilă măsură construcţii, modele (ceea ce nu înseamnă că nu au corespondenţă clinică). Formele clinice calitativ „pure" pretind însă, nu un monosimptomism, ci identificarea : 1) unui anumit tip de persoană particulară (anormală) ca fundal structural ; 2) identificarea unor mecanisme proprii de intrare în impas şi dezvoltare nevrotică ; şi 3) o anumită structură simptomatologică, prin care simptomul central — sau gama simptomatică centrală — se leagă de structura persoanei şi pe de altă parte se intercondiţionează.

De obicei, dată fiind o anumită structură psihică, un sol caracterial, o geografie tipologică, simptomele ne-

vrotice se configurează în jurul unui simptom central sau în anumite game, în anumite tonalităţi simptomatice.

În primul caz, restul simptomelor se organizează în jurul simptomului nuclear; mai precis, în jurul structurii simptomului central, care derivă, la rîndul său, din structura persoanei.

În cel de al doilea caz, mai multe simptome, avînd o fundare antropologică diferită — ca, de exemplu, obsesia, fobia, depresiunea — coexistă cu egală importanţă, fără ca unul din ele să fie organizatorul celorlalte. În acest caz, structura persoanei şi situaţia în care ea se află determină apariţia pe primul plan a unei game simptomatice. În plan clinic putem întîlni ambele eventualităţi.

Astfel, putem întîlni, de exemplu, o nevroză fobică nucleară în care, pe un fond caracterial fobic şi în raport cu o structură simptomatică fobică (agorafobie în sens larg, ipohondrie fobică, fobia estompării limitelor — deci fobie de microbi, medicamente etc. — toate încadrate de batofobie şi fobie de întuneric) pot apărea şi alte simptome, ca obsesii, astenie, conversiune. Acestea sînt însă legate de simptomatologia fobică, dominate de ea şi secundare ei; obsesia se raportează la situaţia fobică, astenia e de fapt abulie şi crispare fobică, conversiunea e legată de crizele de angoază fobică etc.

Dar putem întîlni şi stări nevrotice, mai mult sau mai puţin grave, în care să nu putem izola o *structură simptomatică organizatoare*. Şi în aceste cazuri, însă, putem deseori identifica o *structură caracterială* de un anumit tip, care face parte dintr-o anumită clasă caracteriologică sau dintr-un cadru psihopatologic.

În acest sens — şi numai în acest sens — se poate vorbi în unele cazuri clinice, de altfel nu prea frecvente, de o nevroză „obsesivofobică".

Există cazuri grave, plurisimptomatice şi cu serioase modificări de structură, care colectează parcă suşe, care

la originea caracteriologică și la nivelul simptomului apar ca distincte. Dar aceste oazuri bogate nu epuizează problematica clinicopsihopatologică. Liniile de derivație ale nevrozei obsesive maligne nu pot fi doar forme clinice ale acesteia. *Desigur, precizia diagnostică se dizolvă în descriere. Credem totuși că o gîndire încorsetată de o dublă grilă de abordare (una tipologică și alta de gravitate și evolutivă) poate duce la formularea de diagnostice mai apropiate de realitatea clinică,* fără a se eluda problema aparenței, la o mare clasă de fenomene *psihopatologice, la un areal psihopatologic supraordonat.* Calea pe care am urmat-o pînă aici nu aduce în primul rînd o clasificare, un tabel de diagnostice, dintre care, la nevoie, unul să fie scos și aplicat unui caz concret. *Căci ceea ce e mai important pentru clinică e o modalitate de gîndire.* Subliniem totuși că una din principalele sarcini ale clinicii psihiatrice rămîne o acumulare de cazuistică. Căci doar în funcție de o factologie și în raport cu ea se poate constitui trama taxonomică (teoretică) a însăși gîndirii clinice.

Prezentăm acum un rezumat schematic al liniilor tipologice care pot fi considerate principalele rădăcini ale trunchiului nevrozei obsesive maligne, ale „bolii anancastice" pe care o vom studia în capitolul următor (rezumatul cuprins în aceste tabele se referă, desigur, la forme pure, ideale).

Anancastul	Psihastenicul	Fobicul
Rigid, pedant, meticulos, ordonat. Aderent de muncă, activ, acționează în virtutea principiilor și în urma unor deliberări limpezi, fără spontaneitate; intuiția, inspirația, entuziasmul îl perturbă. Lucrul început este dus la sfîrșit.	Nesigur de sine („moale"), împrăștiat, nehotărît, dubitativ, dezordonat. Acționează deseori spontan, angajîndu-se concomitent în mai multe acțiuni, pe care nu le termină. Uneori acționează numai mental (pune la punct în gînd tot ce va face,	Crispat; împarte mereu (și spontan) lumea în două; un teritoriu familiar și asigurat al ordinii și o lume haotică și periculoasă. Iubește ordinea asigurată și curățenia. Trece greu la activitate preferînd inactivitatea, dar un lucru început îl termină corect.

Anancastul	Psihastenicul	Fobicul
Omul clarelor delimitări, al certitudinilor și al perfecțiunii. Constant cu sine, disciplinat, se identifică cu funcția sa socială. Puțin sensibil la circumstanțe. Conștiința morală rigidă (sub forma imperativului categoric). Aderent de o temă sau o circumstanță la care revine mereu. Lipsit de imaginație. Hipoafectiv, fără căldură afectivă și fără entuziasm spontan. Puține prietenii ; toți oamenii sînt egali, Distant social, respectuos. Lipsit de umor, uneori ironic ; incisiv, ia toate lucrurile în serios. Nu suportă să fie condus.	dar nu trece la acțiune). Lumea e confuză, sentiment de incompletitudine. Dificultate de a diferența ceea ce e esențial și neesențial. Neconstant cu sine și indisciplinat. Nu acționează conform conștiinței morale, ci deseori împotriva acesteia, neputîndu-se împotrivi circumstanțelor ; aceasta îl chinuiește totuși ; de aceea are deseori sentiment de culpă. Influențat de circumstanțe. Apragmatic în viața socială. Ruminativ pe teme abstracte sau total neimportante. Imaginarul e prezent, mai ales ca visare. Intuiție deseori prezentă. Multe oscilații timice. E prietenos, are mulți prieteni, dar nu totdeauna e un prieten de nădejde. Gustă umorul și-l poate realiza mai ales ca ironie. Complexuat față de autoritate. Suportă să fie condus, o dorești chiar, dar se supune greu unei discipline severe.	Disciplinat la nevoie, nu se identifică cu funcțiile sociale ; dimpotrivă suportă greu astfel de funcții. Acționează deseori spontan, cu o dăruire totală, mai mult din afectivitate decît din rațiune sau din conștiință morală. Corporalitatea e mereu în tensiune ; mare sensibilitate senzorială (mai ales mirosuri). Mare sensibilitate față de circumstanțe și față de tot ce se petrece în lumea înconjurătoare, la care se expune precaut (și ține la această expunere). Hiperemotiv, hiperafectiv. Multă imaginație, care se desfășoară în interior. Cald afectiv, prietenos. Iubit de alții. Iubește umorul și birfa. Dorește să fie condus ; să aibă un „sprijin de braț", într-un altul, care să-i dea certitudini și siguranță de sine. Cultivă relațiile interpersonale.

Variante caracteriologice		
— Aderentul de muncă sec — Muncitorul orgolios expansiv — Clasificatorul colecționar. — Omul clarelor delimitări — Paranoiformul — Seriosul funcționar	— Tipul Socratic al dialogului teoretic — Împrăștiatul „încurcă lume“ — Visătorul cu capul „în nori“ — Psihastenicul efectelor teatrale (alunecînd spre isteroid) — Psihastenicul protejat de mamă și alcoolic.	— Fobicul isteroid — Fobicul abulic — Panicardul senzitiv

Toate aceste modalități tipologice pot fi întîlnite la persoane „normale“, care-și duc viața pînă la moarte fără întîlnire cu psihiatrul; și la fel la persoane anormale, înregistrate ca atare prin particularitățile lor, de către anturaj sau de către medic; și în sfîrșit, la persoane care ajung în contact cu medicul psihiatru pentru impasuri, dezvoltări sau mod de existență nevrotic. Sub aspect caracteriologic, aceste tipuri pot interfera. Și la fel pot căpăta coloraturi inedite prin ineditul unei persoane concrete sau se mixtează pînă la indistincție, ca în cazul obsesivului grav cu importante alterări ale structurii psihice.

Cele spuse aici le-am putea rezuma în următoarele scheme:

SCHEMA I

Specia calitativă	anancastul, psihastenicul, fobicul, istericul etc.
Nivelurile alterării patologice	a) Aspect simplu caracterial unei persoane particulare b) Persoană anormală, fragilă, cu o caracteriologie șarjată, cu o modificare de structură, dar fără probleme nevrotice clinice c) Fondul caracterial al unui nevrotic (cu o nevroză circumstanțială sau dezvoltată), avînd o simptomatologie nevrotică centrată pe un simptom nuclear specific tipologiei sau organizată într-o gamă plurisimptomatică d) Nevroza obsesivă gravă, malignă (boală anancastă derapantă) e) Schizoidul f) Psihoza

SCHEMA II

Cazuri particulare

1. Persoană anormală, cu o caracteriologie şarjată — de un anumit tip — se manifestă net psihopatic
2. Intricarea unei simptomatologii nevrotice de un anumit tip (sau variantă) cu o modalitate psihopatică a personalităţii.
3. Impasul şi dezvoltarea nevrotică plurisimptomatică, nespecifică calitativ, în care situaţia nevrotică estompează tipologia ; forme uşoare şi forme grave

În ceea ce priveşte mecanismele de intrare în impas şi dezvoltare nevrotică a formelor caracteriologice discutate, există unele situaţii generale care merită a fi menţionate. Astfel, putem nota :

— **Situaţia schimbării.** Schimbarea e prea puţin importantă pentru grupul isteric (de care e dorită chiar) sau de grupul expansivului fantast, pentru care realitatea nemijlocită contează prea puţin. Anancastul, psihastenicul şi fobicul sînt sensibili la schimbare, dar în maniere diferite. *Anancastul evită noul ;* cînd se produce, îl ignoră pe cît posibil, funcţionînd cu vechile scheme. Aşteptarea unei schimbări sau o situaţie neclară nu convine însă acestui om al clarelor delimitări. *Psihastenicul se teme de finaluri,* are o adevărată fobie de final. Bucuros preferă situaţii noi, noi începuturi, toate pentru a-i justifica în faţa propriilor ochi lipsa finalizării. Multe impasuri nevrotice la psihastenic apar în pragul terminării unei acţiuni sau a unei situaţii de viaţă. Noutatea îl afectează mai puţin sau chiar îi convine. Fobicul se poate decompensa la schimbările care perturbă sistemul său de asigurări. Neterminatul nu-l jenează şi nu-l obsedează ca pe anancast şi pe psihastenic. Noul trebuie să fie pe măsura sa, ales de el şi nu instituit intempestiv.

— **Situaţia cumulării conflictelor** funcţionează cu cea mai mare eficacitate la anancast, dată fiind secundaritatea sa, care nu-i permite să comunice şi să se descarce decît în act impersonal, în randament. Prin cumulări de conflicte nedescărcate se poate ajunge la încărcarea fundalului psihismului cu reacţii de fundal şi de culise, care duc la

impasuri și dezvoltări nevrotice plurisimptomatice (desigur și obsesive, dar nu predominant obsesive). Psihastenicul e chinuit mai ales de conflicte morale, cel mai des pe teme complexuale-structurale. În raport cu circumstanțele vieții se descurcă destul de bine, necumulînd conflictele ca anancastul. Oscilațiile timice ale psihastenicului pot îmbrăca forma unor reacții de fundal cu mult endogen în ele. În fazele depresive se ajunge des la alcool. La fobic, cumularea de conflicte duce la claustromanie și agorafobie în sens larg.

— **Situația conflictului interpersonal.** Fobicul e cel mai sensibil la abandon, deoarece are nevoie, definitoriu, de un partener în raport cu care să se delimiteze. Pentru fobic, situația cea mai favorabilă e a unui partener energic, puțin dominator, dar cald afectiv și constant cu sine, inspirînd astfel calm, certitudini, asigurări. Deseori însă, fobicul realizează cupluri disarmonice, fie cu un partener hiperdominator, chiar sadic, fie cu un partener prea moale, maleabil și fără inițiativă. Ambele situații sînt nefavorabile și întreține un conflict latent. Psihastenicul se cuplează și el deseori cu un partener energic, expansiv și dominator. În caz contrar, schimbă des partenerul. Duplicitaritatea sa nu e atît față de celălalt, cît față de principiul autorității de care se teme, dar fără de care nu poate. Anancastul e fidel în primul rînd față de un principiu; preferă un partener docil, dar bogat afectiv și care să compenseze lipsa sa de imaginație. Un partener prea versat îl deconcertează, la fel ca prea multele schimbări. E constant în prietenie și dragoste, dar are mai puțină inițiativă. Nu suportă să fie dominat. Suportă greu ca un altul să intre în intimitatea sa.

În situații critice, anancastul se închide în carapacea formalismului invariant; psihastenicul caută să se organizeze printr-o elevare a tensiunii psihice (prin drog sau efort); fobicul caută un sprijin de braț, în lipsa căruia se închide în casă, în lumea sa.

Toate cele spuse mai sus sînt desigur, în mare măsură, schematice. Ele au însă o apreciabilă importanță pentru psihologie, psihopatologie și psihiatrie. În clinica psihiatrică ele pot fi un ghid mental pentru analiza cazurilor concrete.

CAPITOLUL III

BOALA ANANCASTĂ

La sfîrşitul secolului trecut şi începutul secolului nostru, cînd nevrozele nu erau încă considerate ca consubstanţiale naturii umane, cînd mecanismele psihologice de apariţie a lor nu erau încă studiate, cînd nevrozele însemnau încă boli ale creierului *sine materia,* „oze neuronale", s-au descris şi cazuri de nevroză obsesivă. Era vorba însă doar de forme grave, deoarece în atenţia medicilor psihiatri puteau intra numai suferinţele care acceptau tratamentul azilar. Reprezentările obsesive ale lui Grissinger, boala ananeastă a lui Donath, psihasteniile lui Janet, toate au fost descrise pe baza unui astfel de material clinic grav. De aceea nu e de mirare că multe din aceste cazuri s-au dovedit a fi schizofrenii mitigate sau au evoluat spre schizofrenie francă.

O dată cu lărgirea cadrelor clinicii psihiatrice, cu instaurarea perspectivei antropologice în psihiatrie, astfel de cazuri grave nu au dispărut, ci au continuat să fie înregistrate şi inventariate. Ele au ridicat însă o problemă clinică şi psihopatologică destul de spinoasă. Încadrabile în nevroze — aşa cum erau acestea concepute în secolul trecut, ele însă nu se mai încadrau în perspectiva nevrozei privite ca o înfrîngere aproape comprehensibilă a unei persoane particulare şi imature.

O psihiatrie care face distincţia netă între reacţie comprehensibilă, dezvoltare şi proces psihopatologic după

modelul lui Jaspers (65) nu poate încadra clinic astfel de cazuri de nevroză gravissimă, care nu sînt însă (şi nici nu devin cu timpul) psihoză, schizofrenie. De aceea, unii autori moderni se feresc a introduce „nevroza obsesivă gravă" printre nevroze şi o consideră un cadru clinic separat [de exemplu, în tratatele de psihiatrie ale lui Ewald (66) şi K. Kolle (67)].

Vom discuta în acest capitol problematica clinică şi psihopatologică a acestor cazuri. Vom începe prezentînd un caz princeps, după Kolle (67).

Caz (după K. Kolle). E vorba de un inginer, care spune despre sine că a fost totdeauna un artist al propriei vieţi. Luă viaţa totdeauna în serios, din perspectiva ei gravă şi sumbră. Niciodată nu a fost vesel sau optimist. De la şcoală îşi făcea scrupule, mai ales în orele de religie, unde se trezea gîndind la alte lucruri, neserioase, în timp ce preotul predica. Ultrasensibil, mereu preocupat să nu fi jignit pe cineva. Dacă cumva este dur, are ulterior cumplite mustrări de conştiinţă. Spune că originar a fost un sociabil, dar ulterior a devenit un mizantrop, incapabil de orice comuniune sufletească mai serioasă cu oamenii. Ca student îi plăcea orice gîndire plină de argutii şi era mereu obsedat de probleme în legătură cu Dumnezeu şi lumea. Îi plăceau lecturile pline de chestiuni problematice. La decesul accidental al unui copil, are prima mare criză plină de ruminaţii religioase care depăşeau doliul simplu. Sexual s-a trezit tîrziu şi niciodată nu a fost un stenic sexual. Susţine că nu s-ar fi masturbat niciodată. După prima legătură cu o femeie are impresia că a comis un păcat. A rămas cu sentimentul culpei pentru tot ce ţine de legătura sexual-erotică. Pentru ca să se liniştească de aceste mustrări de cuget erotice îşi repeta în sinea lui : „dar nu puteai altfel". Asta îl mai liniştea. Frică de boli sexuale nu a avut niciodată. În căsătorie a fost un puritan cu o sexualitate slabă, fără nici o relaţie fornicativă. La militărie s-a îngrozit cînd a auzit colegii de companie cîntînd cîntece pornografice. Se gîndea nopţi întregi cum ar trebui realizată deparazitarea lumii de astfel de cîntece. Preocupările religioase îl ocupau zile întregi şi nu se putea despărţi de ele, deşi le recunoştea caracterul absurd. Mereu se întreba : Ce este Dumnezeu ?

Cum a făcut lumea ? Peste tot el a făcut-o ? Noaptea repeta în imaginație de o mie de ori ceea ce a discutat peste zi cu alții. Activitatea sa profesională era încetinită ; trebuia să completeze lucrul noaptea sau duminica. Închidea ușa, controlînd-o de sute de ori pentru ca nu cumva, rămînînd deschisă, cineva să răcească prin curentul creat. Studia în ziare necrologele pentru a compara apoi dacă nu cumva în casele respective a lăsat el vreo ușă deschisă care să fi ocazionat curentul, care să fi ocazionat boala celui decedat. Această ocupație îi lua un timp îndelungat. Seara închidea de nenumărate ori ușa de la casă, în timp ce număra de obicei pînă la 4 la fiecare închidere. La o ladă de poștă revine de cîteva ori după ce a aruncat scrisoarea pentru a se convinge că aceasta nu a căzut lîngă ladă. Controlează un ceasornic cam de 6 ori pentru ca să se convingă dacă l-a tras seara.

Își spune rugăciunile de seară de 4 ori, cu toate că nu mai este de mult religios sever. Numără toate obiectele și toate pozițiile pe care le ocupă el în spațiu, iar uneori înregistrează și numărul casei și apoi le corelează pe toate, controlînd să fie pe cît posibil 12, într-o anumită operație de înmulțire sau adunare. Orice lucru greșit, orice acțiune greșită o pornește din nou prin repetarea ei de 4 ori (de exemplu, încărcatul stiloului). La masă, șervetul trebuie astfel aranjat ca monograma de pe el să facă un unghi de 90° cu cuțitul așezat alături. Inscripția de pe inelul de logodnă trebuie să stea totdeauna în sus. Se trezește de multe ori pe noapte pentru a aranja inelul de logodnă în poziție reglementară. Știe deja că colegii vor rîde dimineața de el cînd va ține discursuri moralizatoare la colegele nemăritate și este totuși tentat să le învețe toată noaptea în pat și să le predice a doua zi la birou. De multe ori nici nu se mai culcă noaptea în pat, căci știe că noaptea în pat va fi și mai rău. Moralizează familia și impune tuturor membrilor de familie tot feluri de măsuri de precauție cu ocazia circulării prin oraș, pe care le motivează — logic de altfel — cu faptul că primul copil i-a murit într-un accident de circulație. Dacă uită să facă unul din ceremonialurile amintite este sigur că se va întîmpla o nenorocire. Dar superstițios nu este, pentru că în orele sale — rare — calme știe că toate ce-

remonialurile nu ajută la nimic. Boala o privește foarte critic, o numește impuls și pulsiune absurdă, pe care nu și le poate singur explica. Ceremonialul obsesiv nu a evoluat spre agravare timp îndelungat. A rămas același pedant care lucrează ca un automat și își face mai departe ceremonialurile maladive. În taină îi este frică, că o dată și o dată va înnebuni.

În cazul precedent întîlnim o variantă antropologică aparte. Nu e vorba doar de un om mai fragil, cu o caracteriologie șarjată, oare, înfrînt fiind de dramele vieții (de conflicte, de epuizări, de boli), la un moment dat „se prăbușește", schimbînd o existență integrată cu una nevrotică. Aici avem de-a face cu o nevroză-episod sau cu o dezvoltare nevrotică a personalității, începînd la un moment dat, prin pierderea unei bune inserții existențiale, prin „căderea" dintr-un echilibru acceptabil. Răul nu se instalează secant în curba vieții, ci însăși structura persoanei etalează o integrare, o organizare viciată a ei, cu o pînză caracterială încîlcită, în care se inseră simptome de tip nevrotic care persistă monoton și chinuitor. Luciditatea e păstrată, chiar exagerată. Pacientul rămîne prezent în viața social-profesională, în slujbă și în familie ; dar această prezență e marginală, stereotipă, chinuitoare, atît pentru subiect, cît și pentru anturaj. Simptomele sînt din seria anancastă, psihastenică, fobică, adică : rigiditate terorizantă, hipoactivitate, lipsa legăturii calde cu altul, lipsa de umor, nesiguranță cu verificări, ruminații mentale pe teme filozofice, morale și banale, obsesia repetării, verificării, fobii, angoază, depresiune etc. Dar există și simptome mai grave, ritualice.

Cazurile de acest tip nu sînt foarte rare. Uneori ele împrumută mai mult din seria psihastenică, alteori mai mult din cea anancastă sau fobică ; după cum alteori distincțiile de acest tip sînt imposibile, dar simptomatologia obsesivă și ritualică e pregnantă.

Din punct de vedere clinic, problema teoretică cea mai importantă pe care aceste cazuri o ridică e probabil cea a încadrării lor în raport cu nevroza, psihopatia și psihoza. Aceasta e o problemă de psihopatologie clinică. Tot o problemă de psihopatologie clinică care se cere aici tratată este cea a „speciilor obsesiei". În

capitolul precedent, fiind vorba de impasuri şi dezvoltări nevrotice, caracteriologia şi structura persoanei care se împotmoleşte nevrotic avea o importanţă mai mare decît însăşi simptomatologia nevrotică mai ales că aceasta era cel mai des polimorfă. Ajungînd însă cu expunerea pînă la formele grave de suferinţă obsesivă, devine necesară şi analiza *simptomului* obsesiv, atît ca inventar şi structură simptomatologică, cît şi ca interpretare. Problema evoluţiei bolii anancaste va încheia acest capitol consacrat formelor grave de boală obsesivă, forma care ne sugerează azi ce înţelegea secolul trecut prin nevroză.

1. INCADRAREA NOSOLOGICĂ A BOLII ANANCASTE

Boala anancastă este o gravă „suferinţă-boală" a persoanei umane, care se întinde peste întreaga sa existenţă, fără însă a o aliena psihotic.

Modelul tip (ideal) al acestei boli trebuie comentat în raport cu nevroza, psihopatia şi psihoza. În acest comentariu trebuie avute în vedere următoarele caractere ale bolii anancaste tipice ;

— permanenţa sa, conturată din adolescenţă şi durînd pînă la bătrineţe ;

— gravitatea suferinţei, a simptomelor ;

— persistenţa bolnavului în circuitul social productiv, fără alienarea azilară ;

— marginalitatea socială, cu puţină conflictualitate, dar creînd uneori încurcături sociale.

Anancastul malign are aspect de infirm. La fel ca psihopatul, ceea ce-l caracterizează este o alterare de durată *(Dauerzustände)*, o structură aparte şi disarmonică a personalităţii. Dar simptomatologia sa nu se recoltează din tensiunea şi conflictualitatea socială, din amoralitate şi comisivitate perturbatoare social. Anancastul malign stă de obicei în marginea socialului şi realului. Contactul cu acestea este sărac, monoton palid. El poate jena pe cei din jur, îi poate incomoda, încurca, poate avea perioade în care e centrul unei probleme sociale, dar agresivitatea sa e în cumpănă cu obsesiile şi ritualurile sale. El se manifestă, se descarcă puţin. Desigur, dacă prin psihopatie înţelegem doar o disarmonie, o dezordine caracterială,

importantă, atunci anancastul malign este un grav psihopat. Pe de altă parte, simptomatologia sa se desfăşoară în primul rînd în registrul subiectivităţii, ca în nevroze. Pacientul trăieşte obsesii, fobii, cenestopatii, senzitivitate, astenie etc. Dar, spre deosebire de nevroză, anancastul malign are o persistenţă a acestor simptome fără o „demisie nevrotică", fără tendinţa la rentă secundară sau primară a oricărui nevrotic. Anancastul continuă să lucreze, să activeze în social mult timp, cu toate gravele sale simptome. Căci doar actul, activitatea reprezintă pentru el puntea spre real ; şi el de această punte se agaţă. Anancastul e însă şi un depersonalizat sau, mai bine zis, la el întîlnim o apersonalizare (Binder) (15). Aceasta se conjugă cu o derealizare, cu o trăire a realului săracă şi seacă. Aceasta apropie anancastul de psihotic. Dar în modalitatea tip ideală (ghid), anancastul nu e un psihotic, după cum nu e nici un simplu nevrotic şi nici un psihopat.

El poate fi considerat prototipul unei forme clinice aparte, distinctă de acestea. Această problemă a nivelului la care se desfăşoară boala obsesivă a fost analizată, în raport cu psihozele şi alte nevroze, de Abraham, într-o perspectivă psihanalitică (un studiu, din 1911 al acestui autor se referă la „nevroza obsesională şi stările maniacodepresive", altul, din 1921, e intitulat „Contribuţii la studiul caracterului anal", şi în sfîrşit un studiu din 1924 : „Scurt studiu al dezvoltării libidoului în lumina tulburărilor nevrotice"). Abraham pune în paralel, într-un tablou, pe de o parte stadiile succesive ale organizării libidoului şi tipurile de relaţii obiectale, pe de altă parte tulburările psihiatrice care corespund fixării sau regresiunii la nivelul acestor stadii. Iată acest tablou :

— *fază orală* autoerotică . . . . . schizofrenie
— fază sadic-orală cu încorporare totală a obiectului . . . . . psihoză maniacodepresivă
— *fază sadic-anală*
— prim stadiu cu tendinţa la încorporare parţială . . . . . paranoia
— faza anală conservatoare . . . . nevroza obsesională
— *fază genitală,* prim stadiu . . . . . isteria.

Această schemă a lui Abraham plasează nevroza obsesională între isterie şi psihoze (paranoia, psihoza maniacodepresivă). Nivelul de organizare structurală a obsesivului ar fi deci foarte apropiat de al psihoticului, de unde posibilele alunecări, mutaţii, mixtări. Asupra acestui loc privilegiat pe care-l ocupă nevroza obsesională grava în patologia mentală a insistat mai recent, tot dintr-o perspectivă psihoanalitică, M. Bouvet (1952 — „Le Moi dans la nevrose obsessionnelle, relations d'objet et mecanismes de defénse" ; 1956 : „La Clinique psychanalytique, la relation d'objet" ; 1960 : „Depersonalisation et relations d'objet"). Pentru Bouvet, nevroza obsesională, (boala anancastă în descripţia noastră) ocupă locul foarte important, de placă turnantă, între nevroze şi psihoze.

Am menţionat că şi alţi psihiatri, clinicieni nepsihanalişti — de la Kolle şi Ewald pînă, recent, la Peter Berner (Viena, 1966) — subliniază locul special pe care-l ocupă nevroza obsesivă gravă în nosologia psihiatrică. Göppert remarca (în 1961) că nu s-a lămurit încă dacă boala obsesivă este o nevroză, o psihopatie sau o psihoză.

Pentru a continua discuţia vom reproduce (cu aprobarea autorilor) un caz publicat recent de Perknitze şi Regel (68).

G. I. al doilea din doi copii. Născut într-o familie de ţărani destul de înstăriţi. O mamă foarte bună, harnică, un tată scrupulos, conştiincios. Un frate cu 4 ani mai mare, robust şi uşuratic.

Bolnavul era cotat ca un elev exemplar la şcoală. Era un copil cuminte, ascultător, silitor. La fel era şi acasă. Randament şcolar foarte bun. Sensibil din copilărie, suportă foarte greu orice eşec şi la fel orice duritate din partea mediului. La 6 ani, după o pneumonie, se instalează un astm. De la 7 ani suferă de ideea ciudată că moartea este un lucru teribil ; şi-o reprezintă în mod curent, în mod plastic şi se gîndeşte înfricoşat ce groaznic va fi atunci cînd viaţa îşi va întrerupe cursul. În timpul şcolarităţii a avut un singur prieten cu care putea împărţi orice bucurie sau necaz. În pubertate a avut o atitudine de romantic care se pierde ceasuri întregi în natură „pentru a lăsa natura să-i pătrundă în propriul corp". Astmul de la 6 ani durează pînă la pubertate. La 15 ani ar fi avut

— așa cum își amintesc părinții — „o slăbiciune la inimă". Aceste perioade de slăbiciune la inimă se repetă cam de două ori pe an și durează de la 4 la 6 săptămîni. În timpul pubertății a suferit de *pavor nocturnus*, care se instala mai ales la stingerea luminii, seara. Tot în copilărie, la orice despărțire de rude sau cunoscuți, era cuprins de panică, cum că acestora li s-ar putea întîmpla ceva imediat ce s-au despărțit de el. La sfîrșitul pubertății avea excitații sexuale foarte mari, care au cedat cu timpul. Armata o suportă foarte greu. La 24 ani a avut o teribilă panică cum că va face tuberculoză. Apoi face realmente o tuberculoză. Internat în sanatoriu, are panica de a nu se infecta și mai tare cu bacili și pentru aceasta își reține respirația timp îndelungat. Dar fobia de tuberculoză nu durează mult. Se face apoi învățător și crede că va face cancer laringian din cauza vorbitului prea mult. Fobia de cancer laringian e declanșată de panică în fața prafului care-l invadează. Tendințele fobice din tinerețe devin tot mai mult obsesive către 40 de ani.

Bolnavului îi e frică de praf; îi e frică să-l inspire, să nu se murdărească cu el. Evită orice loc cu praf, iar la școală rămîne cel puțin 4 ore după terminarea cursurilor, pentru ca în acest timp, la el acasă, praful stirnit de curățenia făcută de nevastă să aibă timp să se așeze pe mobilă. În preajma obiectelor cu praf caută să le evite și dacă nu poate își reține respirația timp îndelungat. În urma acestor rețineri de respirație are dese crize anxioase secundare. După ce mănîncă are senzația că gura îi miroase foarte urît. De aceea, după mîncare se abține să respire în prezența altor persoane sau se străduiește să vorbească numai de la mare distanță. Nu mai mănîncă cu cei din familia lui la masă, nu mai merge la teatru sau cinematograf, evită orice relație interpersonală. La orice activitate corporală, chiar la îmbrăcat, are dispnee, deși astmul a dispărut de mult. În fața acestor tendințe fobice și anancaste, bolnavul nostru se apără cu un ceremonial foarte complicat. Cel mai bun ceremonial pentru el este să facă pași în cerc, să descrie prin mersul lui cercuri perfecte. Și pentru a reuși în acest ceremonial iese cu autobuzul din oraș în locuri virane mari, unde

poate face cercuri nevăzut de nimeni, dar mai ales cercuri perfecte, nefiind stăvilit de clădiri sau alte obiecte ca în oraș. Din aceste excursii se întoarce acasă frînt de oboseală. Dar și aici trebuie să-și continuie cercurile, foarte dificil de executat în casă, motiv pentru oare orice ușă este lăsată deschisă. Soția și fiica nu au voie să-l încrucișeze în drumurile lui. Are nevoie de minute întregi pentru a se hotărî dacă pentru urcarea unei trepte mai late sînt necesare două mișcări mai mici sau un singur pas mare. Îmbrăcatul și toaleta de dimineață, mai ales duminica, se intind pînă la amiază.

Un ceremonial precis se dezvoltă și la intrarea într-o cameră, la așezatul pe scaun, culcatul în pat, îmbrăcatul unei mantale. Pentru a-și face obligațiile profesionale are nevoie de o deosebită concentrare de energie. Firește că pentru toată viața particulară nu mai rămîne deloc timp. Nici relația sexuală nu putea fi dusă la bun sfîrșit, pentru că era întreruptă de ridicole ceremonialuri, nu rareori prin ridicarea din pat și efectuarea cîtorva drumuri în cerc prin casă. Pînă la urmă, soția a cerut divorț. Nici profesiunea nu a mai putut fi corect executată, deși nu și-a întrerupt activitatea. Urmează o internare. Terapeutică medicamentoasă și psihoterapie. Ameliorare cu reluarea activității. Prezintă tendințe exagerate la autoanaliză, crize distimice, nehotărîre, stagnarea oricărei trăiri, care trebuie analizată la infinit Pedant, mereu în dubiu.

În cazul de mai sus, punctul de plecare psihopatologic îl constituie fobiile, care cu timpul devin fobii anancaste și împotriva cărora se dezvoltă un ritual complicat și absurd, care „ratatinează și blindează" persoana într-o formulă monstruoasă.

Autorii analizează frumos împletirea multiplilor factori care contribuie la etiopatogenia nevrozei obsesive și unde își găsesc loc, în momente diferite, cu modalități și cu expresii diferite, diversele concepții etiopatogenice și psihopatologice.

Un singur lucru nu ni se pare clar, și anume : de ce trebuie să denumim „nevroză" un astfel de caz, cu astfel de fobii anancaste, cu ruminații și autoanaliză, îndoieli și incapacitatea demarajului, apersonalizare și depersona-

lizare și mai ales cu cumplitele sale ritualuri compulsive?

La cazul de mai sus, ceea ce se realizează pînă în final, acea modalitate monstruoasă de existență, crește treptat, paralel cu viața pacientului, *e însăși organizarea vieții sale*. Nu este prezent nici un moment fecund endogen, deci nici un proces în sens jaspersian. Totuși, dezvoltarea personalității derapează catastrofal într-o formulă care, așa cum o numesc și autorii, e monstruoasă.

Acest tip de cazuistică necesită repunerea în discuție a conceptelor psihopatologice jaspersiene de reacție, dezvoltare și proces.

În continuarea discuției clinicopsihopatologice pe această temă vom face acum apel la opiniile lui Kurt Kolle (67). Citățm :

„*Dezvoltarea* înseamnă creșterea determinată de factori interni în limitele unui spațiu îngrădit de ereditatea respectivă. Cu alte cuvinte, dezvoltarea înseamnă curba ascendentă, apoi descendentă, de la copilărie la maturitate, apoi la bătrînețe. *Deci, fenomenul dezvoltării se suprapune, de bine de rău, cu fenomenul vital al vieții în genere. Dar cît de greu este să mai spunem dacă criza din pubertate sau caricaturizarea senilă mai sînt ele dezvoltări sau nu cumva procese?* Răspuns cert la această problemă nu avem. Noi sîntem de părere că această prețioasă ipoteză de lucru, care a fost la un moment dat *deosebirea dintre dezvoltare și proces, trebuie părăsită. .. Tipul fundamental de dezvoltare anormală e „anormalitate derapantă" (gleiten de Abnormität).* Orice anomalie psihică care are rădăcini ereditare poate fi numită derapantă, chiar dacă respectivul „proces" are nevoie de mai mult timp pînă ce se desfășoară. Uneori, această derapare se produce la pubertate, alteori mai tîrziu : la demențele Pick și Altzheimer foarte tîrziu, dar tot printr-o fundare ereditară.

Trebuie să distingem însă două variante. Prima este cea în care ereditatea patologică se desfășoară la pubertate sau maturitate, dar atunci se manifestă și *durează susținut și intens.* Și a doua formă, în care, indiferent de data debutului, *se produce o modificare treptată lentă, succesivă a întregii persoane sau numai a anumitor părți din ea. În această „derapare" mai pot interveni diferite*

etiologii. Ea se referă în special la acele dezvoltări care sînt comprehensibile pînă la un punct. Trecerea spre anomalie e glisantă, aproape de nesimțit".

Pentru tipul de cazuistică pe care-l discutăm acum vom reține doar a doua variantă menționată de Kolle, și anume cea în care trecerea spre anomalie e glisantă, aproape nesimțită, suprapunîndu-se dezvoltării și subminînd-o. Deci, nu doar o „anomalie derapantă", ci o „dezvoltare derapantă".

Boala anancastă (sau formele grave de nevroză obsesivă), ar face parte dintr-un cadru clinic special, deosebit și de psihopatie și de nevroză și psihoză și care are la bază tocmai o astfel de „dezvoltare derapantă". Cazul prezentat mai sus după Parhnitze, s-ar încadra aici. Ceea ce se realizează este o „eșuare a procentului de maturare". La aceste cazuri, etiopatogenetic pot interveni factori multipli, de la boli somatice anergizate la stări de epuizare sau conflicte, dar acestea nu fac decît să prelucreze un fond endogen special, care e responsabil în ultimă analiză de eșuarea dezvoltării personalității într-o formulă sclerozată.

În cazul bolii anancaste, problematica de tip nevrotic sub forma înfringerii nevrotice, așa cum a fost discutată într-un capitol anterior — este în mare măsură un epifenomen, un efect de suprafață. Și aceasta nu pentru că nu ar fi prezente simptome și modalități comportamentale de tip nevrotic, ci pentru că ea e prea puțin influențată de evenimentele trăite. Kluge spunea recent (1965); „Aproape nu există nici o nevroză așa de independentă de mediu ca boala obsesivă ; *boala obsesivă* (sublinierea noastră) autentică trebuie considerată ca fiind condiționată endogen" (69).

Să delimităm acum ceva mai precis acest cadru nosologic al bolii anancaste ca făcînd parte din dezvoltările derapante, ca ceva distinct de schizofrenie și psihopatie.

În primul rînd am remarca cum că problematica unor cazuri în care *distincția dintre proces și dezvoltare dispare* a fost pusă încă din 1935 de autoarea sovietivă Kamaneva (70).

Ea se referă însă la *forme ușoare, atenuate de schizofrenie* și care se deosebesc de formele „*lente*" ale lui

Bleuler pentru că la acestea din urmă apare în profunzime disociația, pe cînd la formele „*lejere*" avem o păstrare a personalității cu conservarea structurilor fundamentale ale conștiinței, cu păstrarea unei dezvoltări psihologice istorice și sociale, cu lipsa manierismului, disociației și delirului. Iar ca exemplificare, autoarea prezintă un caz cu „multe simptome obsesive, îndoială, un fond de slăbiciune generală ; apoi apare verificare obsedantă, mare dificultate a deciziei și demarajului, apatie etc.". După autoare, acestui grup îi aparțin în parte schizoizii lui Kretschmer.

De fapt, Kretschmer cu tipologia sa (biotipologia și tipologia reactivă) a ridicat o serie de probleme care nu au putut fi ocolite de nici un autor. Așa cum am arătat în primul capitol, Petrilowitsch a analizat „nevroza obsesivă" ca o dezvoltare a personalității (*Persönlichkeitreaction*) în sensul dezvoltării senzitive, expansive și autiste ale lui Kretschmer. Dar ce sînt aceste dezvoltări (reacții ale personalității) ale lui Kretschmer? În orice caz, ele nu pot fi socotite în mod cert simple reacții, nici psihopatii strîns structurate și neevolutive și nici schizofrenii patente, așa cum unele descrieri și aluzii vagi ar sugera. Mai ales acest ultim fapt i-a fost mereu reproșat lui Kretschmer, pentru că persista impresia că autorul acceptă că aceste „reacții ale personalității" pot duce în cele din urmă pînă la schizofrenie, ceea ce autorul german nu a formulat niciodată explicit.

Kretschmer își dezvoltă teoriile într-o perioadă în care în Franța erau „la modă" constituțiile. Mai ales „constituția schizoidă, lansată cu tapaj de școala lui H. Claude (71, 72) și care, cu finalul ei într-un autism plin de reverii, seamănă mult cu dezvoltarea autistă a lui Kretschmer, nu face nici ea decît să descrie o dezvoltare derapantă în sensul în care o susținem noi aici.

Cadrul clinic al dezvoltării derapante ar cumula deci, alături de formele grave de nevroză obsesivă și tot ceea ce a descris Kretschmer ca „reacția personalității", cazuri în care persoana nu se alterează transant și manifest prin disociație și delir, ci se ratatinează pe o temă, astfel că destinul individual nu mai e creație și nici măcar rigida menținere a unui *statu quo* (ca într-un defect), ci un fel

de involuție lentă ce duce persoana spre o desocializare, fără transformarea sa într-un caz clinic psihotic propriu-zis. Aici ar mai intra, de asemenea, „constituția schizoidă" descrisă de Claude și în general majoritatea a ceea ce într-o vreme era descris ca psihopatie schizoidă. Tot în acest cadru clinic ar mai intra dezvoltările cenestopate grave, precum și „paranoia vera", adică acele cazuri rare care nu sînt nici simplă psihopatie cverulantă (sau expansiv-fantastă) și nici simple debuturi de schizofrenie care se validează ca atare după un număr de ani.

De asemenea, din grupul „dezvoltărilor derapante" ar face parte și ceea ce Schneider numea „forme grave de psihopatie" vizînd apaticul, abulicul, fanaticul, „pseudologia phantastica" și bineînțeles nesigurul de sine, care se poate organiza fie senzitiv, fie anancast. Schneider nu a explicat niciodată ce înțelege prin aceste „forme grave de psihopatie", dar descriind apaticul, abulicul, fanaticul, anancastul etc. el afirmă că diferențierea acestora de schizofrenia lentă, heboidofrenie sau defect schizofren este uneori imposibilă. Această afirmație e în evidentă contradicție cu ansamblul gîndirii autorului german, care s-a străduit cu vigoare să despartă domeniul anomaliei psihice, cuprinzînd persoanele anormale și psihopate (și care ar fi caracterizat doar prin variații cantitative ale normalității), de psihoză — schizofrenie în special — care ar fi o somatoză însoțită de modificări psihopatologice calitative. Peisajul psihiatric înregistrabil în zilele noastre face oa această distincție netă să fie deseori foarte dificilă, dînd parcă mai multă dreptate lui Kretschmer. De altfel, azi știm, în urma cercetărilor moderne de genetică, cit de variate pot fi manifestările clinice ale indivizilor tarați genetic, dar cu gene puțin penetrante sau recesive. În plus, pe lîngă cazuistica ce se instalează spontan între domeniul nevrozei și al psihopatiei, pe de o parte, și cel al psihozei pe de altă parte (cazuistică pe care clinicienii, așa cum am văzut, au înregistrat-o de-a lungul timpului), în prezent o astfel de cazuistică devine tot mai vastă pe „cale artificială"; adică, în urma intenselor tratamente neuroleptice care înăbușe în fașă procese psihotice, fără a repune însă persoana în deplinătatea funcțiilor și energiilor psihice. Acești „microdefectivi" pot avea o traiec-

torie a vieții identică cu cea a unui mare și grav anancast la care nu s-a înregistrat nici un „moment fecund", ci doar o eșuare a procesului de maturare.

În privința diferențierii tipului de cazuri clinice de care ne ocupăm, de psihopatii, reamintim că noi convenim să definim psihopatul ca un comisiv în social, ale cărui simptome se recoltează din descărcarea sa în grupul uman pe care-l dinamitează sau ele cărui legi morale le tulbură. De aceea, nu ne miră că însuși K. Schneider își însușește opinia lui Kraepelin după care *1/3 din psihopați sînt constituiți din categoria explozivilor.*

În concluzie considerăm nevroza obsesivă gravă „boala anancastă" ca prototipul unui cadru clinic aparte, din care mai fac parte cazurile descrise de Kretschmer ca *Persönlichkeitreaction,* schizoizii la Claude — și psihopatia schizoidă în general — formele „grave" de psihopatie și la fel „paranoia vera". Baza psihopatologică a acestui grup ar constitui dezvoltarea derapantă și apersonalizarea.

Boala anancastă nu deține însă monopolul suferinței obsesive nepsihotice. Alături de ea întîlnim — așa cum am văzut pînă aici — și impasuri sau dezvoltări nevrotice obsesive benigne.

Chiar și psihanaliza mai nouă înțelege această eșalonare posibilă de gravitate a suferinței obsesive. Căci nu obsesia — ca simptom — dă gravitatea psihopatologică și clinică a cazului ; ea nu e decît un aspect calitativ al trăirii, o modalitate de a fi a ființei umane, care se poate desfășura pe diverse paliere de gravitate. Dacă Abraham plasa nevroza obsesională între isterie și psihoză și dacă Bouvet o considera ca o placă turnantă între nevroze și psihoze, Anna Freud spunea, la Congresul din Amsterdam din 1965 : „În ceea ce privește nevroza obsesională, în acord cu opinia generală, am considerat totdeauna că e vorba de o formă specială de constelație mentală, care se întinde de la un Eu Sinton și apropiat de normal, pînă la o formă foarte gravă de perturbare nevrotică, apropiată uneori de schizoidie și chiar de schizofrenia propriu-zisă".

Încheiem subliniind încă o dată că, la fel ca impasul și dezvoltarea nevrotică sau ca psihopatia, „dezvoltarea

derapantă", ca un cadru clinic în care se plasează boala anancastă, reprezintă un „ghid mental" care ne poate servi la analiza unui caz clinic, adică a unui caz care are imensa bogăție a concretului.

2. PSIHOPATOLOGIA OBSESIEI

A. SPECIILE OBSESIEI

Obsesia este o trăire. Această trăire poate deveni simptom psihopatologic. Ce aspecte ale proceselor psihice pot deveni obsesii ?

Obsesia este doar un aspect al trăirii umane la un moment dat. Pe ce fond, în ce structură de trăire se inseră ea de obicei ? Variatele tipuri de obsesii posibile se distribue ca niște elemente în psihism, sau putem discerne o structură a simptomelor obsesive ?

Aceste probleme vom încerca să le tratăm în continuare.

Să analizăm în primul rînd speciile obsesiei.

Procesul care începe cu deliberarea și se concretizează în actul efectiv, fiind proces cibernetic, are nevoie în permanență de informații. În perturbarea obsesivă a acestui proces putem întîlni multiple *obsesii informaționale*. Acestea sînt în principiu amintiri obsesive mai recente sau mai vechi, care parazitează cîmpul de conștiință. Ele pot fi banale, fără semnificație deosebită pentru individ ; o melodie auzită, o discuție anodină, o poezie, o secvență de film. La apariția acestor obsesii concură, așa cum am mai amintit, hipostructurarea cîmpului de conștiință ca în obsesia banală. Mai există însă o fundare posibilă a lor și anume cea în care ele au semnificația unei legături cu lumea (acest fapt, relevat de Göppert, îl vom analiza mai tîrziu).

Obsesiile informaționale, venite din profunzimea fondului mnezic sau din experiența diurnă trăită, pot fi de asemenea încărcate de grave semnificații pentru subiect. Așa sînt obsesiile camplexuale, cele care reamintesc subiectului scene și situații penibile, inferiorizante, nese-

curizante, legate de o problematică intimă nerezolvată, obsesii de culpă etc.

O altă modalitate o constituie *reprezentările obsesive.* Între acestea şi obsesiile informaţionale în forma lor semnificativă pentru subiect există treceri posibile. Între amintirea unei scene penibile şi reprezentarea ei nu e decît un pas. Dar reprezentarea obsesivă a unei scene homosexuale poate să nu fie amintire obsesivă, ci reprezentare obsesivă fantasmatică, pornită dintr-o trăire complexuală. Imaginarul unui anumit om are desigur, la o anumită dată, o anumită conformaţie structurală. Visele ce se repetă în aceeaşi lume peisagistică sînt o mărturie a structurii imaginarului. Temele visate se pot şi ele repeta. Acest fapt nu e, desigur, obsesie, ci doar expresia unei anumite organizări a structurii motivaţional-imaginare a individului psihic. La nivelul visului avem un nivel de destructurare a cîmpului de conştiinţă la care nu mai putem vorbi despre obsesie. O motivaţie profundă a persoanei poate — la un moment dat — cîştiga importanţă în economia psihismului (grevînd imaginarul personal), atît în funcţie de potenţarea ei reală, cît şi ca o consecinţă a fragilizării, slăbiciunii şi hipomaturării psihismului. Trăirile aşa-zis „complexuale" ţin de această a doua modalitate, cea a psihismului hipomatur. Şi ele, la rîndul lor, pot întreţine reprezentări obsesive.

Caz. Un pacient are la 11 ani un vis în care o femeie îi taie penisul ; cu această ocazie are o poluţie. Ulterior, trăieşte o stare de panică-angoază, cu ejaculare, văzînd cum o femeie taie gîtul unei găşte. Aceeaşi trăire se produce după aceea la simpla vedere a găştelor sau la reprezentarea obsesivă a scenei. Într-o etapă ulterioară, porcii care vin în masă şi grohăie îi produc angoază şi ejaculaţie. Reprezentarea lor, care se repetă obsesiv, de asemenea. Compensare după începerea relaţiilor sexuale cu o femeie mai în vîrstă (din iniţiativa acesteia).

La cazul de mai sus, trăirea psihopatologică „anxios-fobic-obsesivă" emerge, desigur, dintr-o trăire complexuală profundă şi structurală. Dar drumul de realizare este : vis-percepţie-reprezentare obsesivă.

O altă modalitate ar fi *intenția de act obsesivă* mai mult sau mai puțin explicită. Adică trăirea ce se întinde de la o simplă schiță intențională preconștientă pînă la formularea mentală cît mai completă a desfășurării actului, a algoritmului de acțiune, fără a se trece însă la act. Aceste obsesii le denumim *compulsii*. Obsesia personajului din „Simfonia fantastică" de Cezar Petrescu, de a lovi în musca ce se așezase pe chelia vecinului din față la concert, ar fi o compulsie. La fel, compulsia de a înjura în biserică, de a scoate limba în tramvai, de a trage o palmă cuiva, de a se defenstra, de a-și ucide copilul mic etc. Ca regulă, compulsiile sînt încărcate de agresivitate mai mult sau mai puțin evidentă, de la compulsia de a ține morală cuiva pînă la cea de a-l omorî.

Pornind de la normalitate, intenția de act agresiv fiind reținută, ea se transformă în obsesie. De fapt, orice act neterminat are potențialități obsesive, dar la actul agresiv acestea sînt mai mari, deoarece și angajarea persoanei e mai importantă. Această obsesivitate a actului agresiv reținut e cea care a sugerat teza cum că toate obsesiile nu sînt decît epifenomene în raport cu agresivitatea reținută a unui anumit act. Noi credem însă că agresivitatea globală întîlnită la obsesivul grav este de fapt un semn de alterare, de minus personic, ea fiind una din modalitățile prin care eul în destructurare încearcă să-și recîștige coeziunea. În această postură de factor coeziv, agresivitatea se află la un nivel mai jos decît actul și este doar o concomitență a nevrozei, nu însăși cauza absolută a acesteia. Perturbarea libertății modalităților deliberative și a desfășurării actului, agresivitatea și obsesia, sînt de fapt, în cazul obsesivului grav, fațetele aceleiași destructurări.

Compulsiile apar deseori în stările depresive, fiind principala formă de obsesie întîlnită în aceste tablouri psihopatologice, fiind că e vorba de o depresiune endogenă tipică, fie de o depresiune apărută la un anancast sau la un psihastenic. Ele pot apărea și în debuturile de schizofrenie, după cum informații și reprezentări obsesive apar în remisiile schizofreniilor.

Actul obsesiv e de obicei marca formelor mai grave. El poate decurge dintr-o compulsie prin învingerea barajului. Anxietatea secundară luptei cu compulsia persistă şi după îndeplinirea actului respectiv, ca legată de remuşcare.

Actul obsesiv poate apărea ca act mental absurd, care se impune nemijlocit, fără un preambul compulsiv.

Nevoia obsesivă de a număra obiectele ce se prezintă în preajmă (aritomania) ar fi un exemplu. Această numerotare are o semnificaţie mai profundă însă, de introducere a unei ordini numerice în lume, o reducere a substanţei acesteia la numerabil. Acesta e deja un aspect al unei „derealizări". Un pacient, de cite ori privea faţa cuiva, trebuia să enumere mental părţile sale componente : frunte, nas, ochi, gură, urechi ; după această trecere în revistă se liniştea.

Obsesiile de calcul pot îmbrăca forme foarte variate. O pacientă urmărită de noi de cîte ori percepea o realitate numerabilă, numărul respectiv îl înmulţea de 2 ori cu 2 sau de 3 ori cu 3, de 4 ori cu 4, într-o suită obositoare care o chinuia şi căreia i se putea sustrage doar cu greu. Un alt pacient era obsedat toată noaptea de calcule ale suprafeţei păturii în eventualitatea că aceasta ar fi fost mai lungă şi mai lată cu 10 cm, 8 cm etc. Astfel de acte mentale obsesive, chiar dacă se instalează fără compulsii, se prezintă ca un imperativ categoric ; neîndeplinirea lor provoacă anxietate.

Majoritatea ticurilor pot fi considerate acte obsesive minore. Cel mai des ele apar la structuri psihastene, dar şi la anancaşti şi fobici ; sînt de asemenea frecvente la copii şi oligofreni. O anumită înrudire există şi între actele impulsive şi obsesie, dar mai ales există treceri. Masturbaţia de multe ori apare ca act obsesiv. Mai recent, L. Taus, „*Cs. Psychiat.* 1968", studiază obsesivitatea exhibiţioniştilor.

O altă formă de act obsesiv este „ritual antinenorocire". Există multe astfel de ritualuri populare. Scuipatul în sîn, de deochi, făcutul crucii, comportamentul standardizat după vederea unei pisici negre, invocaţii etc. Şi

la obsesivul malign, mai ales în cazul unor mari dubitații ruminative, apare această formă. E cunoscut în acest sens comportamentul ritualic al lui J. J. Rousseau. Deoarece se declarase ateu, Rousseau avea cumplite ruminații dubitative pe tema: ce i se poate întîmpla în cazul în care Dumnezeu totuși există. Dilema o rezolva printr-un ritual antinenorocire special, de tip pariu. Își spunea: „Dacă nimeresc cu piatra în copacul din față, Dumnezeu nu există și pot fi liniștit". Și cum totdeauna se apropia destul de mult de copac și își alegea pietre suficient de mari, actul obsesiv o dată îndeplinit, se liniștea.

Actul obsesiv apare însă in forma sa cea mai pregnantă în ritualul de repetare identică a unui comportament fix, standardizat. Subiectul se simte împins, obligat să facă un grup de mișcări stereotipe, inutile, al căror scop sau sens nu-l întrevede și nu-l înțelege. De exemplu, a se învîrti în cerc, a face doi pași înainte și doi înapoi, a face un anumit semn cu mîna, a pronunța unele cuvinte, a mirosi cărți etc. Necesitatea de a îndeplini acest comportament absurd apare ca irezistibilă; lupta sa e anxiogenă. Pînă în cele din urmă, subiectul e învins și execută ritualul, după care se simte liniștit, anxietatea dispare. Walker V. J. și Beech H. R., (*Brit. J. Psychiat.*, 1969), studiind starea sufletească corelată comportamentului ritualic, constată că ritualurile lungi nu se corelează cu o proastă stare sufletească înainte de declanșarea lor; aceasta e cea mai alterată în timpul desfășurării ritualului și constă din anxietate, depresiune și agresivitate, toate oscilînd împreună; scurtarea artificială a multor ritualuri ar avea o influență favorabilă asupra stării sufletești. Există ritualuri care ar părea mai inteligibile; de exemplu, spălatul permanent al mîinilor ar putea fi corelat cu frica de microbi și murdărie sau cu un sentiment de culpă (murdărie morală). Nu totdeauna e însă așa. Un caz interesant comunică V. Mayer și R. Levy (*Brit. J. Med. Psychol.*, 1970): un homosexual cu ritualul spălării mîinilor, e vindecat de acesta fără modificarea orientării sexuale.

Problemele psihopatologice pe care le ridică comportamentul ritualic sînt complexe; le vom studia în continuare.

Ritualul îl vom înțelege, pentru început, ca în normalitate, deci ca o formă fixă de comportament cu semnificație suprapersonală, de asigurare a unui bine colectiv. În diverse societăți, ritualul apare ca fiind legat nemijlocit de mit. Îndeplinirea ritualurilor, care constă într-un anumit comportament standardizat, are semnificația stabilirii legăturii grupului cu istoria sa și cu forțele considerate ca responsabile de binele și de răul colectivității. Prin aceasta, pe plan social, *ritualul este totdeauna o invocare antianxiogenă,* care asigură liniștea grupului pe plan existențial și moral-axiologic. Îndeplinirea ritualului nu dă o libertate reală în plus. Dar neîndeplinirea sa perturbă sentimentul posibilității exercitării libertăților de acțiune cunoscute și existente.

În normalitate, în orice socio-cultură, există o sumă de comportamente standardizate care asigură comunitatea membrilor ei. Neîndeplinirea lor sau îndeplinirea lor altfel ar exclude individul din grupurile socio-culturii respective. Aceste comportamente standard ale grupului nu sînt însă încă ritual.

Pentru a fi ritual, un comportament standard al grupului trebuie să fie inutil (în praxa imediată), invocator și liniștitor.

Omul normal se poate identifica cu comportamentele standard ale grupului său social-cultural. Și în anumite forme caracteriologice, în anumite situații de minus personic, el poate reduce la minimum comportamentele individuale, originale, variantele pe temele oferite de grup, inventiile comportamentale, continuînd să funcționeze doar cu comportamente standard. Așa procedează seriosul funcționar. Viața acestuia se poate construi cu comportamente rigide și standardizate social. Cînd însă comportamentul uzual începe să se transforme în ritual avem deja boală obsesivă gravă.

Ritualul obsesiv, ca act, are ca preambul trăirea lumii organizate în forme fixe, imobile, bine precizate o dată pentru totdeauna. Și aceasta se referă atît la poziția lucrurilor, la relații cît și la raporturile comportamentale. Acest fixism al lumii tinde în unele forme spre geometrism. Șervetul trebuie să stea într-o poziție fixă la masă, inelul într-o poziție fixă pe deget etc.

Ritualul apare în primul rînd ca o repetare identică a unui comportament în intenţia de a păstra fixitatea şi imobilitatea lumii. În spatele ritualului stă deci o secătuire a realităţii trăite printr-o derealizare, fundată desigur într-o depersonalizare ce s-ar putea numi „de fundal". Această depersonalizare de fundal face ca lumea să nu mai poată fi acceptată ca avînd bogăţia mobilităţii, a diversităţii, a concretului multiform şi multivalent.

E vorba de o lume săracă, abstractă, nemişcată, o lume în care realul trebuie să intre în scheme, în forme geometrice, în numere. Deseori, acest fond de secătuire psihică apare mai puţin pregnant, în spatele absurdului ritualului comportamental.

Sînt însă cazuri în care această secătuire e vizibilă clar, ca în următorul caz descris de Minkovski (73).

Minkovski prezintă un caz cu mari obsesii. Bolnavul, dacă coboară din tramvai, e obsedat de teama că „o parte din corp i-a rămas agăţată de acesta" (fenomen ce relevă alterarea delimitării corpului propriu de spaţiul înconjurător, cu trăire topologică a spaţiului). În plus, pacientul prezintă o „manie a simetriei". Preferă să meargă pe mijlocul drumului. Prezintă la un moment dat următoarea obsesie: ce diferenţă există între senzaţia pe care o ai cînd introduci mîna în buzunarul drept de la pardesiu în raport cu cea pe care o ai cînd introduci mîna în buzunarul stîng? În meditaţiile sale pleacă de la ideea că atunci cînd pune mîna în buzunar se stabileşte un paralelism între lucruri extreme: mînă şi picior. Ajunge la obiceiul de a sta în faţa oglinzii cît mai drept şi pentru a obţine o simetrie absolută îşi reţine respiraţia.

În jurnalul său, pacientul scrie: Iubesc lucrurile imuabile; casete, pahare, lucruri care sînt totdeauna acolo, care nu se schimbă niciodată... Dau o importanţă deosebită soliditătii... Pămîntul se mişcă, eu nu-i acord nici o importanţă... Nu accept pămîntul dintre pavaj, căci acesta constituie un punct de sprijin fragil... Sper că totul va fi dat în seama matematicii, chiar medicina şi relaţiile sexuale... Ceea ce doresc e să mor cu aceleaşi impresii cu care m-am născut, să fac mişcări în cerc pentru a nu mă dezrădăcina... Gustul pentru simetrie, pen-

tru regularitate mă atrage spre plan ; iar planul e totul pentru mine". De fapt, planul e sacru pentru pacient ; o dată fixat, îl execută întocmai. Dar pacientul mai spune : „Nu cred într-un lucru decît dacă l-am demonstrat... Viața nu arată nici simetrie, nici regularitate și de aceea eu fabric realitatea (! ! !)".

Minkovski nu încadrează nosologic și evolutiv clar cazul, vorbește despre spațializarea psihismului și nu pronunță cuvîntul schizofrenie nici cînd reia cazul după 30 de ani (74).

Pe lîngă contextul obsesiv, cazul lui Minkovski pune pe tapet destul de franc o derealizare și o depersonalizare, o incapacitate a trăirii raporturilor interpersonal-umane, precum și acea trăire a fugii după imobilitate, sprijin și simetrie... Ceea ce apare ca o evidență de subliniat este, nu trăirea imobilității în simetrie, căci atunci am avea într-adevăr abulie și autism, ci *fuga, tendința* intensă de a realiza această imobilizare în simetrie, absența acesteia fiind angoazantă ca o dezintegrare.

Existența umană, ca orice existență ontic valabilă, este o existență orientată. Simetria este o structură portantă identificabilă în fundamentele oricărei ființe, ale oricărei realități. Dar deasupra ei, orientarea, angajarea în lume a omului, funcționează pentru a realiza validitatea ontică a ființei. De unde posibilitatea paradoxului lui Ducroque (75) ; maxima ordine e asimetrică, iar simetria înseamnă dezordine. Pentru om, „trăirea" simetriei se poate releva fenomenologic în diverse moduri, în raport cu incidența psihopatologică în cauză.

La nivelul mai superficial, simetria jenează estezia diferențiată prin mecanismul „fascinării de către faptul simetriei". Psihodiagnosticul Rorschach a demonstrat cum anxiosul e fascinat de simetrie ; aceasta e mereu remarcată, „sare în ochi" și face dificilă interpretarea planșei, deci a lumii percepute". Aceasta se întîmplă deoarece dezechilibrul anxietății determină ființa să caute un punct de sprijin și de echilibru. Și ființa îl găsește pe cel mai fundamental : structura simetrică a lumii percepute, de care se fixează.

La alt nivel avem „trăirea ce *tinde* spre simetrie", ce tinde spre un punct de sprijin. Arealul fenomenologic e mare şi cuprinde nevoia de completitudine şi o serie de alte trăiri ale anancastului (nevoia de complementaritate, anularea retroactivă, nehotărîrea ruminativă etc.). Aici sîntem la un nivel mai grav decît cazul nevoii de sprijin pe simetrie în estezie. Aici, „trăirea simetriei" se desfăşoară de la nivelul actului efectuat pînă la nivelul deliberativ. (În plan perceptiv, cercetările lui J. E. Ietourneau (1970) arată că obsesivii văd în mai mică măsură reversibilitatea în raport cu normalii.)

În modul cel mai profund de alterare psihopatologică, simetria e trăită nemijlocit, ca ambivalenţă (ce nu trece la act) sau ca stereotipie ; deci, o repetare a identicului, care nu mai e o punte spre real, canal de menţinere a realităţii, ci simplă manifestare expresivă disociată.

La capătul acestor comentarii să facem cîteva distincţii.

Tendinţa la ordine, la trăirea lumii ca o lume ordonată (totul să fie la locul său, altfel angoasă), transformă deja în scop, în obiect *(Gegenstand)* un element structural şi implicat al existenţei, o condiţie de posibilitate a trăirii realităţii şi a raportării omului la ea. Cu cît mai mult ordinea devine scop în sine, cu atît fluxul creativităţii umane se reduce. Premorbidul anancast realizează des această figură, oare merge de la ordonarea preajmei, la ordonarea sistemului motivaţional al actului şi produsului. Desigur, trebuie distins între ceea ce e element caracterial, deci normal, şi ceea ce e minus, cădere, pe intenţionalitatea ordinii. Psihanaliza, care derivă tendinţa la ordine din nevoia reacţională de curăţenie a caracterului anal, nu dă o explicaţie suficientă acestui fenomen, care se referă la însăşi structura fiinţei umane.

La alt nivel, complexitatea lumii debordează capacitatea persoanei slăbite, bolnave. Şi atunci ea resimte necesitatea instaurării unei ordini, care să-i fie la dispoziţie şi să-i fie sprijin în lume. Aici apare *actul ritualic* efectuat mental sau motric. Ritualul dă certitudinea unei coeziuni şi identităţi cu sine, certitudinea nedezintegrării. Şi astfel face suportabilă şi accesibilă lumea,

care altfel, scăpînd de sub stăpînirea individului prin act, e angoazantă. Repetarea identicului şi ritualului apără de dezintegrare şi cădere în gol (în antiedos la Gebsattel). Celelalte tipuri de obsesie au, pînă la un punct, aceeaşi funcţie.

Raportarea la lume e dificilă la obsesiv; el trăieşte într-un univers al incertului, pe care caută să-l stabilizeze precipitîndu-se pe obsesie sau ritual. Această modificare a imaginii lumii (a *Weltbild*-ului) spre incert, nesigur, inconsistent, vag, desubstanţializat, se înscrie în problematica derealizării (şi a depersonalizării corelate ei), problematică pe care o pune pe tapet încă Janet în legătură cu psihastenia. Dar depersonalizarea nu fundamentează numai derealizarea, ca alterare a raportării la lume în general. Ea vizează la fel şi raportarea faţă de lumea persoanelor umane, raportarea faţă de celălalt, faţă de altul.

Un pacient de al nostru ajunge la peste 20 de ani de la prima adresare la medic (mai precis la 43 de ani) să descrie următorul simptom: „Între mine şi lume, între mine şi oameni, parcă există un văl de sticlă peste care numai arareori pot trece".

Din cauza acestui văl, toată lumea i se părea stranie, se simte un izolat care numai rareori poate comunica cu lumea. De fapt, deja la 36 de ani avea deseori sentimentul de „mînă străină"; de multe ori, uitîndu-se la propriul antebraţ, are sentimentul că nu e al său sau, mai grav, că e o mînă moartă, străină de el, care nu-i mai aparţine. În această perioadă a senzaţiei de „mînă moartă" e prezent concomitent un complex compulsiv bogat, de automutilare şi autodistrugere; la perceperea oricărui obiect ascuţit are impulsul intens şi nemijlocit de a se automutila: de a-şi înfige în ochi un cuţit, de a se înţepa cu orice ac pe care-l vede; pe pod are compulsia de a sări în apă şi la fel, la orice înălţime, are compulsia de a sări în abis; nu poate merge la gară, pentru că imediat are compulsia de a se arunca în faţa locomotivei. Concomitent, nu se mai simte bine în nici o societate, are senzaţia că oamenii se uită urît la el, că au ceva cu el, astfel că începe să-i evite. Şi ca un corolar al tuturor acestor fenomene, în aceeaşi perioadă se

instalează o exacerbare violentă a libidoului, în sensul că sexualitatea nu mai e selectivă, ci e trăită obsesiv-compulsiv.

După 6—7 ani, cînd vălul de sticlă e aproape permanent, pacientul trăieşte ceea ce el numeşte alterarea libidoului; sentimentul de bine şi sănătate îl discută în termeni de cuantificare a valorii „libidoului": „Singurul lucru care nu e în regulă e libidoul... libidoul e doar 65% bine... mai trebuie 30% să se vindece libidoul şi atunci sînt complet bine" etc. In rest e rigid în orice manifestare expresivă, devine treptat sec, lipsit de orice căldură afectivă, la orice contact aspectul e de mască în spatele căreia nu stă nimic.

Istoria pacientului de mai sus, din care am surprins două momente — cel de libidou exagerat, compulsii autodistructive şi mînă moartă şi cel de „clopot de sticlă", libidou alterat, rigiditate — e relevantă pentru un alt aspect al alterării raportării anancastului grav la lume: alterarea relaţiei sale nemijlocite cu alţii. Relaţiile cu alţii ale pacientului lui K. Kolle erau pline de nenatural, lipsite de spontaneitatea trăirii nemijlocite a situaţiei relaţiei. Minkovski remarca la pacientul său, pe de o parte, nenaturaleţea lumii („nu cred decît în realitatea pe care o demonstrez") pe de altă parte vidarea acestei lumi de oameni şi evenimente (cu păstrarea doar a lucrurilor; „mă obsedez doar cu lucruri"). Istoria pacientului nostru menţionat mai sus are alt fir conducător. A fost totdeauna un nesigur plin de ruminaţii şi îndoieli difuze; se adresează pentru prima dată medicului la 22 de ani pentru tulburări distimice şi tulburări instinctive pe un fond de timiditate; „sînt un timid incorigibil" spunea el pe atunci. Dar această timiditate nu e totuşi o permanenţă; o periodă se poate angrena social, are relaţii sexuale, pentru ca apoi din nou impotenţa şi timiditatea să se instaleze. Istoria ulterioară se axează pe fenomene de relaţie senzitivă trăite cînd obsesiv, cînd prevalent; un medic l-a tratat greşit (îşi spune sau crede uneori). Apoi trăieşte următorul episod: e obsedat de ideea că se va îndrăgosti de femeia de serviciu a cumnatului său la care locuieşte şi solicită acestuia concedierea respectivei. Sexualitatea şi

libidoul sînt mereu problematizate. Uneori trăiește obsesiv sau prevalent ideea că respectivul cumnat, care e medic, se înțelege cu medicii care-l tratează pentru a nu primi tratament adecvat. Alteori rumegă sau trăiește prevalent ideea că la vamă i s-au schimbat unele medicamente primite din străinătate cu altele mai puțin eficiente și face un scandal monstruos unei funcționare de la vamă cu care este internat întîmplător în același sanatoriu etc.

Nu discutăm din nou încadrarea nosologică a cazului de mai sus, care în orice caz nu ajunge la disociație și frizează doar ideea delirantă. Ne interesează mai mult grupajul psihopatologic; problematizarea instictualității, problematizarea propriei corporalități (resimțită ca obiect al lumii pe care agresivitatea se descarcă masochist); problematizarea relației cu altul, cu alții, la modul timid senzitiv, dar deseori ruminativ psihastenic sau trăit obsesiv sau prevalent; problematizarea raportului de ansamblu cu lumea, care apare dediferențiată și ca printr-un văl de sticlă, și în sfîrșit, cuantificarea existenței și stereotipia de fațadă. Depersonalizarea și derealizarea au grade și limite. La pacientul lui Minkowski se ajungea pînă la limita consistenței realului. Aici ea se oprește la raportarea interpersonală, care evident, angajează instinctualitatea și corporalitatea. Arealul clinic este unul al anancastului malign. Dar depersonalizarea și derealizarea nu se realizează episodic și în criză, ca la psihastenicii lu Janet, nici prin transformarea lumii într-o lume de abstracții imaginare trăite în reverii ca la schizoizii lui Claude. Lumea e prezentă în concretețea ei, dar se seacă și imaginarul e nul. Dar nu avem nici depersonalizarea și derealizarea care, păstrînd seacă imaginea lumii, o devalorizează prin neangajare, ca la depresiv (Gebsattel) (76). Avem de-a face, în schimb, cu o depersonalizare de fundal, așa cum o concepe Göppeert (77), în care se păstrează o fațadă și o punte spre realitate, care la ultimul pacient e trăirea senzitivă resimțită cînd ruminativ, cînd obsesiv, cînd prevalent, cînd cvasidelirant. Actul ce instituie lumea și instituie pe individ în lume e redus la trăirea lumii devalorizate în trăirea senzitivă.

Dubitația, îndoiala, nesiguranța, ruminația, „arguția"

Nesiguranța de sine apare ca ceva inevitabil la un om ce trăiește o depersonalizare de orice tip. De vreme ce formula Eu = Eu e pusă sub semnul întrebării, individul nu mai poate fi sigur că ceea ce a făcut și ceea ce va face e identic cu ceea ce proiectează. Marele obsesiv trăiește dificultatea, drama alegerii și angajării și aceasta de la planul existențial, unde nu e o realitate ce se proiectează, ci una ce se menține prin repetiție, pînă la planul actului mirror. Drama alegerii presupune capacitatea obsesivului de a-și prezenta (reprezenta) lumea în mod variat, ca eventualități și variante posibile ale alegerii. Dar această reprezentare apare ca nelegată, necoezivă, de vreme ce eventualitățile nu se pot lega într-o structură în care una să proemine. Dificultatea hotărîrii nu se manifestă numai în preact, ci și după ce actul e inceput, cînd persistă mereu tentativa unei alte eventualități.

Anancastul rezolvă de obicei drama alegerii prin rigiditate. Psihastenicul și-o pune ca atare și oscilează realmente (întrerupe, revine, reia). Fobicul rezolvă problema eludînd alegerea și actul și menținîndu-se într-o abulie crispată.

Marele obsesiv poate reuni toate aceste eventualități. Îndoiala sa se extinde, nu numai asupra alegerii și deliberării motivaționale, ci și (așa cum a arătat Göppert (77)) asupra rezultatului actului, care nu poate fi integrat într-o persoană depersonalizată. Obsesivul nu are certitudinea terminării actului, a realizării sale și de aceea revine și verifică.

Incertitudinea, verificarea și depersonalizarea de fundal sînt în legătură.

Raportarea obsesivului la lume intr-o manieră activă și angajată e mereu trăită ca problematică. El trăiește într-o lume de incertitudini și probleme. E firească deci permanenta sa atitudine interogatorie. Această atitudine cuprinde toate domeniile raportării subiectului la existență, de la intrebarea practică, la cea asupra esențelor și fundamentelor existenței. Și această modalitate de a

fi, această atitudine interogatorie poate apărea ca fenomen obsesiv. Aceste „argutii" intelectuale (de ce există?, ce înseamnă a exista?, oare lumea e peste tot la fel?, cum a început lumea și cum va sfîrși?, există oare Dumnezeu? etc.) derivă din întrebările existențiale implicate în modalitatea de a fi a oricărui om. Aceste întrebări sînt mai aparente în copilărie, la pubertate, la marii gînditori, dar orice viață omenească le cuprinde. La obsesiv, întrebările existențiale apar doar ca detașate din naturalul psihismului și ca obsedanțe. Ele sînt de asemenea o marcă a depersonalizării și derealizării.

De la obsesia informațională la reprezentările obsesive, de la compulsie la variatele acte obsesive ritualice, drama obsesivului se înscrie pe fundalul unei depersonalizări și derealizări ce secătuiesc psihismul. Această depersonalizare determină rigiditatea repetării identicului (în manieră ritualică), nesiguranța, îndoiala (cu verificări), ruminația, argutia. Eul este alterat în nuclearitatea și limitele sale. Totuși, obsedatul nu se desolidarizează de trăirile sale obsesive, care-l chinuiesc și le trăiește ca o producție străină, neintegrată în eu, dar care-i aparține.

Cînd însăși trăirea nu-i mai aparține avem automatism mental.

O altă trăire des întîlnită la anancast este scrupulul. *Scrupulozitatea*, adică grija ca orice acțiune întreprinsă să fie corectă pînă în amănunte, bună, să nu dăuneze nimănui, poate fi o trăire normală, în orice caz, o trăsătură caracteriologică. La anancast, scrupulozitatea e trăită obsesiv, constrîngător; adică domină psihismul, i se impune, îl subjugă, fără a avea totdeauna adeziunea intimă a acestuia. Scrupulozitatea se poate referi la actele banale, la problemele de serviciu, la sarcinile de muncă pe care individul și le impune. Totul e analizat, despicat în patru, refăcut. Lipsește certitudinea îndeplinirii bune și perfecte a actului; de unde reveniri, reluări, perfecționări, finisări. Scrupulozitatea se înscrie în intensul sentiment al neterminatului, în incertitudinea față de împlinire a anancastului. Ca modalitate mai aparte avem scrupulul moral, care e un fel de rumințație mentală interminabilă despre eventuala cul-

pabilitate legată de un act proiectat sau efectuat. Faptul e întors pe toate feţele, toate argumentaţiile sînt trecute în revistă şi o soluţie univocă nefiind posibilă, culpabilitatea planează în aer.

Dubitaţia, îndoiala, nesiguranţa, ruminaţia, scrupulozitatea — ca trăsături ale anancastului malign — derivă mai mult din linia psihastenică, la fel cum ritualul, rigiditatea, perseverenţa, agresivitatea derivă mai mult din linia anancastă. Depersonalizarea de fundal (sau intermitentă), cu consecutiva derealizare, ar fi o trăsătură comună. Marele anancast mai prezintă însă şi alte simptome, dintre care unele derivă din seria fobică.

Fobia de obiecte şi animale, fobia de microbi, delirul de atingere („delir de toucher")

Agorafobia în sens larg şi întreg cortegiul fobiilor spaţiale sînt apanajul şi marca nevrozei fobice nucleare. În unele cazuri grave, monstruoase, agorafobia — împreună cu dublura ei inevitabilă, filia spre casă — pot duce la situaţii cvasipsihotice.

Courbon, Buvot, Pochon publică în *Encephal* (martie, 1924) (78) un caz pe care-l etichetează „*Claustromanie, coprocherie et trichophorie par abulie psychastenique*" şi în care e vorba despre un individ totdeauna timid, care totdeauna întîrzia şi care rămîne claustrat în camera sa 13 ani (! !), neprimind pe nimeni şi discutînd doar prin uşă cu mama sa, care-i dădea cu această ocazie mîncare şi ziare. După moartea mamei este transportat din camera în care a locuit (înfiorător de murdară), la spital, unde se constată cu uimire că e perfect abordabil. Nu prezintă nici urmă de disociaţie, tulburări psihosenzoriale sau delir, nici fenomene de automatism mental sau ambivalenţă. Pacientul îşi explică claustrarea prin timiditate. Iar autorii refuză diagnosticul de schizofrenie, explicînd totul printr-o abulie monstruoasă la un psihastenic.

Un caz ca cel de mai sus apare ca monosimptomatic, nu are bogăţia şi varietatea simptomelor din boala anancastă, în care fobiile se mixtează cu alte simptome. Asistăm mai sus, dacă nu la o stare autistă simplă, cel puţin la o cumplită stare abulică, ce diferenţiază cazul. Adevărul e că în bolile anancaste structurate predo-

minant psihastenic întîlnim deseori episoade abulice (abulic-depersonalizante), în care depresiunea intervine doar în al doilea rînd. Fobiile spaţiale, deşi sînt în primul rînd apanajul nevrozei fobice, pot îmbrăca variate caractere de intensitate, fiind prezente printre simptomele bolii anacaste. Astfel, batofobia (fobia înălţimilor) poate apărea ca fobie terifiantă de poduri, fîntîni, avion etc. Am întîlnit în boala anancastă şi aerofobie, fobie de curenţi de aer, de uşi deschise, care în cele din urmă reprezintă tot o fobie spaţială.

Brontofobia, adică fobia de tunet, nu e nici ea fobia de un obiect sau de un eveniment, ci fobia de o situaţie, care deseori se poate instala reactiv comprehensibil sau reactiv, simbolic. De exemplu, o pacientă trăieşte o panică terifiantă în timpul războiului, cînd o bombă cade în adăpostul în care stătea, omorînd mai multe persoane. De atunci are o fobie cumplită de apropierea unei furtuni cu cer acoperit, tunete şi fulgere, situaţie pe care o trăieşte ca o claustrofobie sufocantă.

Compulsia implică şi ea deseori o trăire fobică. Michaux (79) o numeşte chiar fobie de impuls (fobie de act). Ea se întîlneşte mai des în stările depresive, dar şi în boala anancastă. Compulsia sub forma fobiei de a omorî (strangula, defenestra, răni, otrăvi), de a fura, de a comite un atentat sexual (viol, exhibiţionism, act homosexual), sau de a face alte acte scandaloase public, se întîlneşte des în textura simptomatologică a bolii anancaste. Cît este obsesie şi cît este fobie în aceste cazuri este greu de precizat. În orice caz, aceste simptome sînt încadrabile în ceea ce Gebsattel numea fobie anancastă. Şi ceea ce e sigur, compulsia este însoţită de multă anxietate. Uneori întîlnim compulsii fobice profesionale, ca de exemplu, tracul frizerilor obsedaţi de compulsia fobică de a nu-şi strangula pacienţii (situaţie descrisă de Michaux şi la un medic otorinolaringolog, care din acest motiv a trebuit să-şi părăsească profesiunea). Faţă de această compulsie-fobie, pacientul poate reacţiona uneori printr-un fel de „contrafobie", împingînd compulsia pînă în pragul actului. De exemplu, un pacient cu compulsia defenestrării se apropie de geam, se urcă pe el şi cînd tensiunea ajunge la maximum, se simte

eliberat și coboară. Sau o anancastă cu compulsia fobică de a-și strangula copilul se apropie crispată cu mîinile de gîtul său, pînă cînd, epuizată și transpirată, se relaxează. În unele cazuri, după o luptă acerbă, pacientul cedează compulsiei și simte ulterior o ușurare. Garcia (80) e de părere că pacienții care cedează fără prea multă luptă interioară unor compulsii agresive au mari șanse de a evolua spre schizofrenie. Chiar netrecînd la act, compulsia-fobie e generatoare de scrupule morale și poate duce le verificări de asigurare.

Fobia de obiecte și animale se întîlnește des în copilărie, unde e un fapt aproape natural, la fel ca frica de întuneric. Acest fapt se explică, desigur, prin nestructurarea spațiului trăit la copil care la început se reduce la spațiul topologic al obiectelor — și prin faptul că orice obiect nou e anxiogen. Freud a incriminat și meoanismul proiecției și transferului simbolic pe obiecte a unor conflicte intrapsihice. Mai recent, Mallet (37) a distins la copii două tipuri de fobii : de animale mici și de animale mari, cu semnificații simbolice, psihanalitice diferite. În nevroza fobică pură (ideală), fobia de obiecte este rară, și în orice caz vine în al doilea rînd în raport cu fobiile spațiale. În boala anancastă însă (nevroza obsesivă malignă), aceste fobii se întîlnesc destul de des. Unele fobii de animale pot fi reminiscențe din copilărie sau condiționări (frica de cîine, de exemplu), fără a avea nimic patologic. Altele, fără a fi patologice, au o semnificație simbolică mai mare, ca, de exemplu, frica de șarpe. Există însă fobii al căror caracter patologic e mai pregnant, deși ar putea fi și ele interpretate simbolic. Așa sînt, de exemplu, fobiile de obiecte ascuțite, fobiile de șoareci, șobolani, broaște, bivoli etc.

Fobia de microbi, fobia de otrăvire, fobia de atingere. Fobia propriu-zisă este prin definiție situațională, adică e o frică de un obiect, de o realitate, care poate oricînd să fie prezentă în lumea înconjurătoare a pacientului, și înregistrarea acestei prezențe declanșează spaima. În boala anancastă întîlnim însă și „fobii tematice", adică fobii de realități malefice presupuse a fi posibil prezente în preajmă, dar despre care subiectul știe de la început

că nu are semne să le identifice. Așa e, de exemplu, fobia de microbi, de otravă (ilofobie) și pînă la un punct fobia de boală.

Fobia de microbi e o fobie de contaminare. Ea nu iese din modalitatea princeps a fobiilor, care e cea a organizării lor în raport cu spațiul trăit. Căci în fobia de microbi, ceea ce e resimțit fobic este estomparea limitelor dintre spațiul propriului corp și spațiul lumii. Primul devine vulnerabil în raport cu al doilea. Dar nu grosolan, ca în automatismul mental, ci în mod subtil. „Ceva invizibil", venind din lumea exterioară, poate trece bariera, limita exterioară a corpului și invada domeniul acestuia, determinînd acțiuni malefice. De același mod, dar în variante diferite, se leagă fobia spatelui descoperit (sentimentul de insecuritate cum că pe la spate individul e vulnerabil față de un pericol posibil). Și la fel fobia atingerii. Atingerea față de altul sau cu un obiect statuat ca malefic este angoasantă ; căci epiderma protectoare a „corpului-eu" a dispărut în reprezentarea de sine a acestor bolnavi și simpla atingere poate transmite răul. În fobia de atingere, contaminarea rea se propagă de asemenea topologic din aproape în aproape, împărțind lumea în două : una accesibilă și una interzisă.

Iată un caz :

O pacientă, copil unic și mult iubită de părinți, a locuit împreună cu aceștia pînă la 39 de ani, cînd moare și tatăl (mama murise cu 7 ani în urmă). Era o fire retrasă, emotivă, căreia îi plăceau enorm curățenia, ordinea și munca. Divorțează de primul soț, nevoind să-l însoțească în altă comună, părăsindu-și părinții. După moartea tatălui se căsătorește cu un picnic jovial. În aceeași perioadă se instalează complexul psihopatologic după cum urmează. La piață, făcînd cumpărături, este „atinsă" în treacăt de o consăteană. Se instalează o stare de spaimă și panică. Ajunsă acasă, se spală cu spirt și spală și haina de pe ea și la fel un pardesiu pe care-l atinsese cu haina. Dar și fîntîna din care a scos apa pentru spălat și dulapul în care a închis rochia respectivă devin tabu ; după cum, mai tîrziu, și camera în care era dulapul. În continuare, dacă întîlnește întîmplător persoana cu pricina, hainele cu care e îmbrăcată devin contaminate și neutili-

zabile prin contaminare în urma privirii. În cele din urmă părăseşte şi casa şi comuna (deci *locul)* cu pricina, pentru a evita eventualele întîlniri contaminatoare. În continuare, timp de 16 ani, nici o altă modificare psihopatologică, cu excepţia evitării a tot ce ţine de locul contaminat, de exemplu a oamenilor din comuna respectivă.

Această împărţire a lumii în două zone, una a libertăţii şi una a locurilor fobogene, poate îmbrăca variate forme : de exemplu, într-un oraş, ocolirea unor cartiere „damnate".

Tot din grupul de fenomene psihopatologice pe care le discutăm acum ar face parte şi „hidofobia" , adică frica de sticlă spartă ce ar putea intra în corp, precum şi alte fobii.

Frica de boală (nosofobia) ne introduce în alt domeniu, în care vom întîlni şi dismorfofobia, autodisosmofobia, algofobia etc. În ansamblu, e vorba de trăirea fricii raportată la spaţiul propriului corp. Dar legat de acest spaţiu corporal apar o serie de alte probleme şi simptome pe care le întîlnim în boala anancastă.

Cenestopatia, ipohondria fobică, depersonalizarea. Cenestopatia ar reprezenta o modificare a cenesteziei (Dupré), deci a sensibilităţii globale corporale, o modificare de ordin „senzitiv" (spunea Dupré) care se referă la trăirea conţinutului spaţiului delimitat de schema corporală. Cenestopatia poate fi descrisă în termeni variaţi, ca maleză şi disconfort corporal general, cu punctare pe diverse zone şi organe (inimă, abdomen). Pînă la un punct, ea se aseamănă cu trăirea oboselii corporale. Prin definiţie, ea nu are la bază disfuncţii sau boli precis localizate în corp. Dar, desigur, şi acestea pot determina cenestopatii. Durerea localizată se poate detaşa ca o figură acută pe un fond cenestopat general. Cenestopatia nu are nimic specific pentru o anumită boală. Ea poate fi determinată şi susţinută — aşa cum am spus mai sus — de oboseală sau o boală (generală sau locală a organismului), de o stare nevrotică, în special astenodepresivă, de o suferinţă cerebrală de tip sechelă postencefalitică, de involuţie (81), de o psihoză, ca de exemplu de depresiune endogenă şi mai ales de schizofrenie (Humber a şi descris o formă clinică specială de schizofrenie cenestopată).

Şi în boala anancastă, disconfortul corporal cenestopat e frecvent. Se pot întîlni însă şi cenestopatii fobice sau obsesiv-prevalente. Destul de dese sînt astfel de discenestezii localizate în jurul zonei orale (peribucal, rinofaringian etc.).

Distinctă de cenestopatie apare ipohondria. Ipohondria nu e o sensibilitate corporală modificată, ci trăirea unei frici. Mai precis, trăirea fricii în raport cu un pericol (boală) care poate izvorî şi se poate desfăşura în spaţiul propriului corp. Cenestopatia poate fi un preambul al ipohondriei, atrăgînd atenţia asupra corporalităţii, prezentînd-o pe aceasta necontenit în vizorul conştiinţei şi dînd astfel naştere unei aşteptări anxioase, unei ipohondrii fobice. Dar ipohondria poate lua naştere fără prealabila fază cenestopată. În acest caz, la baza ei poate sta un sentiment de nesecuritate a schemei corporale, a spaţiului propriului corp, care nu mai e resimţit ca un teritoriu calm şi avut în stăpînire, ci ca un teritoriu nesigur, din care poate izvorî boala. Sub această formă, ipohondria fobică e des întîlnită în nevroza fobică nucleară. Mai rar, ipohondria poate fi şi obsesivă ; frica de o boală posibilă, îl încearcă pe pacient, îl obsedează. Deseori, ipohondria se instalează şi ca temă ruminantă, oa temă prevalentă sau ca temă delirantă. Ipohondria delirantă poate apărea în depresiuni endogene, în demenţe, în schizofrenii, în parafrenii, în unele tablouri paranoice (de exemplu, sindromul Münchhausen, în care pacientul pretinde medicului la modul paranoiac intervenţii chirurgicale pentru boli închipuite).

În boala anancastă întîlnim ipohondria mai des ca temă prevalent-obsesivă sau ruminativă.

Simptomele ipohondrice pot apărea la bolnavul anancast în lipsa oricărui alt simptom de boală, deseori în fazele depresive şi avînd ca suport cenestopatiile pacientului. Problematica ipohondrică face parte, însă, din maniera generală a anancastului de a trăi boala, situaţia de bolnav, statutul de bolnav. Aceasta se referă în primul rînd la boala sa ca atare, la simptomele psihopatologice şi situaţia de bolnav pe care o trăieşte în calitate de suferind anancast. Ca o consecinţă a autoanalizei, meticulozităţii, scrupulozităţii, nevoii de ordine, nesiguran-

ţei de sine, anxietăţii etc., pacientul, nu numai că îşi înregistrează simptomele, ci face lista lor, curbe de evoluţie, aprecieri cantitative, solfeme etc. Pacientul va umbla cu „mici hîrtiuţe" de la un medic la altul, citind litania simptomelor sale. Evoluţia bolii sale îl preocupă de asemenea; se documentează din cărţi de specialitate, trăieşte ipohondric fobic panica evoluţiei spre psihoză (spre „înnebunire").

Lucrurile se complică mai mult dacă obsesivul malign are una sau mai multe suferinţe somatice sau dacă e victima unei iatrogenii. Ipohondria fobică este terenul cel mai propice pentru iatrogenie. Şi anancastul va interpreta în negru orice apreciere mai vagă a medicului sau va urma cu o strictеţe excesivă, într-o interpretare *ad literam,* după o logică bivalentă, recomandările acestuia. De exemplu, un anancast face o hepatită iar medicul îi recomandă evitarea eforturilor, menţionînd ca utilă şi evitarea eforturilor sexuale, fără alte precizări. Pacientul instituie o abstinenţă absolută şi pentru a evita tentaţiile sexuale, doarme în pat separat şi apoi în cameră separată faţă de soţie. E chinuit de obsesii erotice, randamentul muncii intelectuale scade, apar crize de angoază cu palpitaţii; de aici preocupări în legătură cu o eventuală boală de inimă, repetate electrocardiograme, depresiune, convingerea într-o suferinţă somatică incurabilă etc.

La fel, un regim pentru ulcer prescris unui anancast este ţinut de acesta cu strictеţe, încît slăbeşte mult: urmează iarăşi depresiunea, convingerea într-o boală incurabilă (cancer) etc.

Sînt desigur cazuri în care atitudinea vagă, ambiguă a medicului, emiterea unor eventualităţi prognostice grave etc. pot contribui ca principal factor în declanşarea unei iatrogenii. În alte cazuri însă, contribuţia e mică, ea constînd în emiterea unor formulări de diagnostic, tratament sau prognostic neadecvate structurii psihologice a pacientului. Căci unii pacienţi trebuie „speriaţi" pentru a se conforma prescripţiilor medicale, iar alţii menajaţi. Cei predispuşi la ipohondrie fobică au nevoie de indicaţii clare şi precise, cît mai complete şi repetate periodic. Există însă şi cazuri în care rolul medicului în declan-

sarea unei stări ipohondrice este minim sau nul. Căci pacientul, cel mai des un anancast malign, vine şi „pretinde" medicului un diagnostic de boală şi e profund nemulţumit dacă medicul nu confirmă presupunerea sa, caz în care se perindă din medic în medic. În concluzie, orice medic trebuie să cunoască bine caracteriologia pacientului său.

O formă aparte de trăire psihopatologică a propriului corp e aceea în care el e raportat la alţii. Această situaţie poate să apară uneori ca o ipohondrie fobică gravă. Aşa e, de exemplu, autodisosmofobia, adică fobia de a nu se degaja din propriul corp un miros sesizat ca neplăcut de alţii, ca la pacienta amintită deja. Aceasta e însă o situaţie de raportare a propriului spaţiu corporal.

Dismorfofobia s-ar încadra în acelaşi context, dar de obicei ea e deja semn de depersonalizare şi deseori are un prognostic mai grav, indicînd o evoluţie spre schizofrenie.

Depersonalizarea se referă şi ea, pentru cazurile la care ne referim, la o anumită modalitate de trăire a spaţiului „corp-eu". Acesta e resimţit gol, vid, sec.

Depersonalizarea, ca fapt psihopatologic, este greu de definit şi de explicat. Formula sa generală ar consta în pierderea „sentimentului de sine", adică pierderea sentimentului de inserţie în sine şi apartenenţa la sine a propriilor trăiri, de neidentitate cu sine de-a lungul timpului.

Persoana umană este însă un edificiu vast şi structurat. Una din incidenţele acestei structurări relevă prezenţa a două zone concentrice.

Pe de altă parte, putem identifica o zonă a intimităţii, a secretului personal. Aceasta e zona apartenenţei de sine, a lui „a se avea şi stăpîni pe sine, pentru sine", loc în care se înrădăcinează trăirile noastre, din care izvorăsc gîndurile noastre, originalitatea noastră, inspiraţia. În această zonă, persoana se poate retrage pentru a se cufunda in trecutul său personal, pentru a se confrunta cu sine, pentru a delibera sau pentru a se lăsa pradă imaginarului.

O altă zonă a persoanei, „înconjurînd-o" parcă pe precedenta, e cea a expresiei şi manifestării sale, a supra-

feței prin care se raportează la lume și la alții prin limbaj și comportament standardizat și acceptat unanim. Acesta e teritoriul „măștii" noastre sociale, al „personei" (în sensul lui Jung), al contactului nemijlocit cu realul prin act.

În depersonalizare avem și o aplatizare a acestei arhitectonici. Dar în modalitatea specială de depersonalizare a anancastului avem în special o aneantizare a zonei intimității personale.

B. INTERPRETĂRILE PSIHOPATOLOGICE ALE OBSESIEI

Cazurile comentate în acest capitol sînt cazuri grave, care depășesc trăirea normală a obsesiei sau cea din impasul nevrotic. Cu această ocazie vom analiza interpretările psihopatologice ale obsesiei și ritualului obsesiv.

Obsesia este și în normalitate o perturbare a elaborării motivaționale a actelor. În psihopatologie, această perturbare este mai accentuată. Determinismul acestei perturbări psihopatologice urmează să-l analizăm.

Psihanaliza a postulat că obsesia rezultă și ea, ca și alte simptome nevrotice, din devierea de către „supraeu" a unei pulsiuni, a unei dorințe de la realizarea sa efectivă. Neputîndu-se realiza, datorită intervenției conștiinței morale, respectiva pulsiune apare în conștiință travestită simbolic sub forma obsesiei. Așa ar apărea, de exemplu, obsesiile erotice blasfematoare la domnișoarele bigote. Stekel (82) a elaborat o voluminoasă lucrare în care obsesivul era explicat, în principiu, în felul următor: un copil care crește într-o familie cu părinții neconsecvenți, care pretind rigid de la copil lucruri pe care ei înșiși nu le respectă, se va dezvolta cu un fundal agresiv anarhist, cu intenții de răzbunare asupra părinților și — prin extindere — asupra întregii societăți. Din refularea acestor pulsiuni agresive ar lua naștere obsesiile. Ideea că obsesia, ca simptom, reprezintă o apărare în fața agresivității e prezentă și în psihanaliza mai nouă a lui Karen Horney. Agresivitatea este privită însă acum ca o atitudine generală și nu ca o pulsiune precis directivată, deviată de la realizarea ei.

O lucrare de mare răsunet în problema obsesiei a fost cartea lui H. Binder (1936) (10). Şi pentru Binder, în spatele obsesiei stă tot o agresivitate oarbă, difuză, derivată dintr-o tensiune emotivă foarte mare. Binder susţine că complexele obsesivului nu sînt refulate, dar sînt disociate de ansamblul persoanei. De la ele, ca de la orice complex motivaţional, pleacă un elan impetuos de exprimare, care însă nu vehiculează nimic, de vreme ce complexul în cauză e inclavat în psihism, fără punţi de legătură cu expresivitatea. Rezultă o permanentă tensiune psihică, un psihism deranjant *(Störungspsichismus)*. Obsesia se instalează ca un mecanism de apărare şi fixare a acestei permanente nelinişti şi tensiuni. Tematica obsesiei va fi aleasă din materialul anodin pe care existenţa îl furnizează, avînd eventual asemănări sau corelaţii simbolice cu complexul disociat care generează neliniştea şi perturbarea psihică. În tot acest proces, tendinţa pronunţată la perseverare a persoanei obsesive joacă un mare rol. În concepţia lui Binder, complexul nu determină nemijlocit obsesia trăită. În acelaşi sens au analizat obsesia Hoffman, Kretschmer, Kurt Schneider, Kehrer. Mai recent, Petrilowitsch reia tema tensiunii psihismului deranjant, renunţînd cu totul la complexul care stă în umbră, disociat de ansamblul persoanei. Autorul german incriminează o pseudonecesitate care apare ca un fapt primar, aproape caracteriologic, ca un fals sentiment al neterminatului. Acesta determină, prin autosuprasolicitare, o încărcare a fundalului psihic, care se descarcă ulterior, prin determinisme diverse, într-un scurtcircuit obsesiv.

Am urmărit pe un mare număr de cazuri această problemă a psihismului deranjant, a falsei necesităţi cu sentimentul neterminatului, la obsesivi. Deşi fenomenul se întîlneşte realmente foarte des, ne-a fost foarte greu să-i găsim o explicaţie psihogenetică. Mecanismul încărcării fundalului psihismului la care se referă Petrilowitsch l-am întîlnit ca determinînd impasuri şi dezvoltări nevrotice, astenice, depresive, fobice, obsesive, dar nici într-un caz drama marelui obsesiv. Mai mult, am avut deseori impresia că perioada de psihism perturbant se instalează la unii anancaşti sau psihastenici

printr-un fel de microprocese evoluînd cîte 2—3 ani și provocînd mutații în structura persoanei spre dezorganizarea anancastului malign.

Von Gebsattel și Lopez Ibor descriu *obsesia ca fiind o punte spre real a unui psihism haotic*, în iminența descompunerii. Nu doar un complex anume ar fi disociat în psihism, dedublîndu-l, cum spune Binder, ci, întreg psihismul ar tinde spre dezagregare, fapt pe care obsesia îl blochează. „Nodurile" existențiale pe care le realizează obsesiile creează un echilibru relativ în lumea haotică a obsesivului. Obsesiile, oricît de neplăcute ar fi, ar reprezenta punctele fixe și sigure prin care lumea se impune anancastului. Obsesiile ar bloca aneantizarea lumii, ar obliga persoana să țină cont de lumea reală și să nu alunece complet în derealizare.

Göppert analizează cum, la cazurile grave de obsesivi, în *prezența unei depersonalizări de fundal, obsesiile leagă persoana de lume*. În mod similar, depresivul depersonalizat, care stă în fața lumii fără a acționa, se mai leagă de aceasta doar prin trăirea culpei. În virtutea aceleiași depersonalizări, obsesivul nu e capabil de raport simpatetic cu lumea. El nu suportă flecăreala fără rost, dar încărcată de sentimentul și spiritul comuniunii. Mai mult chiar, marele obsesiv nu are o participare simpatetică la propriul său act, pe care-l simte marginal în raport cu eul său intim. Acest eu intim fiind vidat de depersonalizare, el nu mai poate fi sursă sau receptacul. Obsesivul va repeta mereu, însă unele acte. A face mereu ceva, a acționa mereu reprezintă o încercare de a „face proba" existenței personale sau poate fi chiar o tentativă de închegare, de structurare, de constituire a eului. Pentru că obsesivul nu mai are sentimentul apartenenței depline la sine a propriilor acte, el nu mai resimte ca aparținîndu-i nici rezultatul acestora. Acest rezultat nu mai poate fi inserat în eul care are o existență așa de „anucleară". Faptul apare mai evident în actele de comunicare umană obișnuită, banală, pentru că acestea sînt cele care dau integrarea într-un „noi". Și astfel, evenimente banale al trăirii se vor transforma în obsesii.

Se poate de asemenea afirma că existența anancastului se reduce la act. Cînd actul se termină, apar golul depersonalizării și anxietatea. Iar pentru a umple acest gol, pentru a bloca această anxietate, apar și se impun obsesia și actul ritualic. Individul poate fi obsedat de discuțiile banale avute cu alții. Aceste obsesii vor reprezenta pentru el pe „ceilalți", cu care nu poate avea relații simpatetice. Tot pentru a umple acest gol, el poate repeta un act banal sau special, absurd în perspectiva praxei imediate, dar încărcat de valoarea simbolică a validării de sine; acesta este actul ritualic. Persistența, repetarea, ritualul, obsesia ar avea deci valoarea umplerii golului depersonalizării și a învingerii derealizării ce rezultă dintr-o incertitudine funciară asupra rezultatelor actelor. Toată această agitație în gol prin obsesii și acte ritualice determină o mișcare de tip „spirală-vîrtej" a timpului trăit. Timpul nu e *încremenit* ca la depresiv, el e menținut în stare de atemporalitate și eternitate, prin această luptă *antieidos* care e actul ritual, prin definiție etern și impersonal.

Astfel, pentru Göppert, von Gebsattel, Lopez Ibor, obsesivul se apără prin obsesie și ritual impotriva haosului; haosul înseamnă, fie tendință la dezagregare cu trăirea descompunerii psihice, fie vid, gol pur și simplu, fie emergența haotică a zonelor obscure. Și împotriva acestui haos psihismul se fixează în forme rigide de nedevenire, în care se menține prin obsesie și ritual. Dar să subliniem din nou: la acest nivel nu mai avem nevroză, ci ceva mai grav. „Totul e o cădere și nu o nevroză", spune Göppert.

Mecanismele de instalare a obsesiei, așa cum au fost analizate de autorii citați mai sus, pot funcționa, toate în variate împrejurări și la diverse cazuri.

O pulsiune, o tendință nerealizată poate determina obsesie. Aceasta se întîmplă și în normalitatea vieții de toate zilele, totdeauna însă în condițiile unei pasivizări a psihismului. Ceea ce se realizează în psihopatologie este, nu atît potențarea acestei pulsiuni orientate (cum susținea Kretschmer), cît slăbirea, denivelarea structurală, „pasivizarea" persoanei în cauză, alterarea forțelor eului său. Un psihism a cărui forță integrativă, a cărui

coeziune şi forţă de realizare propensivă a diminuat e un psihism deschis obsesiei. Într-un astfel de cadru, pulsiunea, tendinţa nerealizată se transformă uşor în obsesie şi, la fel, unele complexe motivaţionale. Psihopatologia obsesiei se ramifică în studiul perturbărilor structurale ale persoanei obsedatului. Într-o caracterizare foarte generală se poate spune că obsesiile, la fel ca şi rigiditatea psihică şi îndoiala, sînt marca unui eu care realizează greu identitatea cu sine. Aderenţa de act şi fuga expansivă după act pot fi considerate ca expresii ale nevoii resimţite de autodelimitare şi autoidentificare. La fel şi agresivitatea. Ea nu ar trebui considerată *cauză* a obsesiei, ci o concomitenţă a sa. Căci şi agresivitatea îndeplineşte aceeaşi funcţie coezivă ca şi actul.

În continuare vom menţiona încă un fapt de psihopatologie a obsesivului şi anume adezivitatea sa, care se exprimă atît faţă de idei şi acte, cît şi faţă de alte persoane. Obsesivul întreţine greu relaţii interpersonale, îşi dezvăluie cu greu intimitatea. În acelaşi timp însă, se dezlipeşte greu de un interlocutor, „aderă" de el. Din acest motiv credem că nu se poate vorbi de un „autism" al obsesivului. Anancastul este el însuşi angoasat de dificultatea sa de a se deschide spre altul într-o comuniune. De aceea, el se „cuplează", se „agaţă" de un altul, la fel ca un anxios. „Celălalt" este astfel „folosit" doar ca un instrument care, la fel ca obsesia, îi permite să se menţină în lume. Delkeskamp şi Mayer (1967) (85) descriu un caz în care soţul sănătos e nevoit să accepte rolul de „mediator" între pacient (un obsesiv grav) şi preajma sa permanentă, realizîndu-se astfel un fel de simbioză bolnav-partener-lume.

La fel Goldberg (1965) (86) a remarcat, mai ales la cazurile grave (în care sindromul obsesional şi cel paranoid se intrică), cum obsesivul insistă — uneori agresiv — ca partenerul conjugal să participe la ritualurile şi intreaga sa activitate obsesivă. Cuplul format dintr-un psihastenic şi o mamă supraprotectoare este un fapt de observaţie clinică banală; atît doar că el nu e caracteristic doar psihasteniculuí (ci şi schizofrenului şi anumitor isterici şi alcoolici). Desigur, psihanaliza dă o mare importanţă unui astfel de fapt. Mai recent, în şcoala lui

Lacan, Leclaire acordă acestei probleme cîteva studii (mai important : *„L'obsessionnel et son desir", Evolution psychiatrique,* 1959). După Leclaire, viitorul obsedat este, în primele faze ale dezvoltării sale, obiectul unei seducţii din partea unei mame nesatisfăcute de partenerul ei sexual. Copilul se complace şi se creează o simbioză copil-mamă, situaţie pe care ulterior copilul nu o mai poate depăşi în vederea independentizării sale postedipiene. Dar încă o dată, se poate observa cu acest prilej cum sofisticata psihanaliză nu face decît să consfinţească imaturitatea afectivă a obsesivului, imaturitate care-l menţine într-o dependenţă permanentă. Situaţia apare mai complicată atunci cînd anancastul îşi construieşte o carapace în raport cu lumea, interzicîndu-şi dependenţa explicită de un altul. În aceste condiţii ea apare totuşi, dar indirect, ca aderenţă. Anancastul va trăi în acest caz o „ambivalenţă" afectivă, care-l face ca în acelaşi timp să se dorească singur şi bine delimitat de oricine şi totuşi cuplat, „alături de un altul". Deci o situaţie intermediară între felul de a fi *caracterial* al psihastenicului şi anancastului.

În rezumat, din punct de vedere psihopatologic, la anancastul malign, la marele obsesiv întîlnim în primul rînd un minus personic, o insuficientă maturare şi structurare a eului, iar în al doilea rînd o serie de mecanisme care fac legătura între acest eu invalid şi lume.

În drama pe care o trăieşte, obsesivul mizează totul pe act (la fel cum istericul mizează pe limbajul interpersonal şi pe imaginar). Cînd reuşeşte, actul şi activitatea îi compensează minusul şi disarmonia, îi permit o bună prezenţă în lume, printre oameni, îi oferă satisfacţii. Cînd eşuează, simptomatologia sa se va recruta din dezorganizarea structurii actului.

Nesiguranţa universală a bolnavului obsesiv şi rigiditatea universală sînt două faţete ale aceleiaşi alterări, care în cele din urmă constă în inacapacitatea persoanei de a se structura cu un eu bine delimitat şi unitar. Acest „viciu structural" atinge zona intimităţii persoanei, fundalul său. Încercînd o soluţie, persoana se va monta agresiv, va şarja problematica ordinii şi se va lansa în acte, în acti-

vităţi. Uneori, ordonînd pedant totul în jur, delimitînd clar actele şi terminîndu-le, menţinîndu-şi tonusul psihologic printr-o agresivitate latentă, persoana găseşte o rezolvare pentru drama sa. La fel şi în alte împrejurări, începînd mereu noi acte, chiar fără a le termina, căci orice început e tonifiant, structurant şi coeziv.

Alteori însă, actul nu mai poate fi o soluţie şi atunci el se dezorganizează ; deliberarea devine dificilă, la fel ca finalul. Nesiguranţa ia forma pierderii ierarhiei valorilor lumii ; esenţialul va fi egal cu neesenţialul, detaliul cu abstracţia. Rigiditatea ia forma perseverenţei ; aceleaşi trăiri iniţiate şi nerezolvate sînt readuse în cîmpul conştiinţei. Amintirile, informaţiile curente, imaginările, proiectele de act sau schiţele de act, evaluarea morală a celor făcute şi a propriului rost în lume revin la fel ca meditaţia despre sensurile existenţei, se repetă sub aceeaşi formă, se impun ca obsesii.

Actul, activitatea nu mai înseamnă o luare în stăpînire a lumii. Lumea personală e palidă, săracă, la fel ca trăirile proprii, care sînt reci afectiv, fără consistenţă. Individul nu se mai poate instaura şi desfăşura în lume plenar şi creativ. Ceea ce mai poate e *să persiste în lume, să adere de ea*. Acest oficiu, de punte de aderare faţă de realitatea lumii, îl realizează obsesiile de orice tip. Un mare obsesiv, căruia obsesiile i-au fost curmate prin terapeutică, exclama : „Ce goală e acum lumea !"

Dar prezenţa obsesiilor înseamnă eşecul libertăţii. Felul propriu de a fi în lume nu mai e la îndemîna individului. El nu mai are libertatea deliberativă a actelor sale, cel puţin în domeniile în care se desfăşoară obsesiile. Obsesia subliniază situaţia de sclav a bolnavului anancast, situaţie pe care el o şi resimte ca atare şi care poate determina depresiuni secundare.

O mutaţie în această modalitate de a fi o introduce prezenţa fobiilor. *Fobia delimitează un spaţiu al trăirii şi acţiunii posibile*, în care libertatea deliberativă se păstrează, şi un alt spaţiu tabu, malefic, în care ea e alterată. Dar cînd fobiile se desfăşoară la o persoană cu o depersonalizare de fundal masivă, atunci şi ele se topesc în creuzetul acestei alterări, capătă şi ele doar valoare de simptom-punte de legătură spre lume. Iar persoana

va trăi o frică magică față de unele domenii ale lumii și se va apăra de aceste zone tabu prin ritualuri conjuratorii absurde.

Obsesia înseamnă de la început o dedublare, o scindare a persoanei, care e astfel deviată din orientarea sa activă spre lume. Obiect al vizării sale nu mai e lumea în care să se proiecteze prin act, ci o parte din sine. Această situație determină trăirea ce s-a numit luciditatea inoparentă a obsesivului. E vorba de fapt de o pseudoluciditate (nu de o hiperluciditate), de o luciditate care, la fel ca deliberarea, nu mai e un implicat al trăirii unitare a psihicului, ci un obiect *(Gegenstand)*. Obsedatul își constată luciditatea la fel cum își constată obsesia : inactiv și neprietenos. Această *folie raisonante* care e boala obsesivă e expresia unui minus și a unei încîlceli personalistice care înseamnă o alterare a raportării față de lume în ansamblu a persoanei umane.

3. TABLOUL CLINIC AL BOLII ANANCASTE

În boala anancastă întîlnim, așa după cum am văzut, multiple simptome : obsesii informaționale, reprezentări obsesive, compulsii, acte obsesive variate, dubitații, îndoieli cu verificări, ruminație mentală, obsesivă, scrupulozitate, fobii variate privind spațiul, obiectele, ființele și situațiile lumii, fobia vulnerabilității personale, fobii privind spațiul corporal, ipohondria fobică, cenestopatii diverse etc.

Toate aceste simptome se desfășoară pe un fond afectiv depresiv, anxios, disforic, eventual cu oscilații timice sau cu o sărăcie și monotonie psihică, cu un calm afectiv dureros.

Fondul caracterial în care aceste simptome se inseră este dominat de cuplul rigiditate-nesiguranță de sine, trăiri uneori așa de intricate încît sînt indiscernabile. Întîlnim de asemenea o punere pe tapet a problematicii actului și activității. Acțiunea este grevată de apragmatism, de dificultatea diferențierii între esențial și neesențial, cu pierderea în amănunte și în abstracții. Actul spontan sau creativ se execută cu dificultăți de la deli-

berare pînă la final. În schimb, actul, activitatea standardizată este posibilă. De ea anancastul se leagă, cu ea se identifică, prin ea se menține în social și în real.

Este prezentă, de asemenea, o depersonalizare de fundal cu păstrarea unei fațade de inserție socială și o derealizare, care face ca lumea să nu fie resimțită ca bogată, consistentă, dinamică, interesantă și atractivă. Lumea reală apare ca vagă și ca mai greu de stăpînit decît lumea abstracțiilor.

Ceea ce mai caracterizează acest tablou clinic este relativa sa gravitate, care-l desparte de reacțiile și dezvoltările nevrotice. De asemenea, mica dependență de împrejurările exterioare, de evenimentele trăite. La acești pacienți se remarcă persistența lor în circuitul social, mai ales productiv, cu toate gravele simptome pe care le prezintă. Lipsește deci alienarea psihotică, deși din punct de vedere social se prezintă ca și cazuri marginale.

Întreg acest tablou prezintă desigur variații. Am văzut că la nivelul la care vorbeam despre un caracter aparte și de impas nevrotic, anancastul, psihastenicul și fobicul pot fi individualizați și descriși distinct. Dar la nivelul mai grav, al bolii anancaste ? Și la acest nivel tabloul clinic poate fi variat, colorînd-use, fie mai mult anancast, fie psihastenic sau fobic. Diverși autori care admit gravitatea nevrozei obsesive — și care deci nu se referă la impasurile nevrotice ale formelor caracteriale, ci la cadrul bolii anancaste — comentează aproximativ în același fel această varietate.

Aubry Lewis (1965) (87) susține că există cel puțin două tipuri de personalitate identificabile cu o frecvență mai mare în grupul celor ce dezvoltă nevroză obsesivă. Primul dintre acestea, psihastenicul, este cel mai bine exemplificat de Amiel (care ne-a relevat viața prin jurnalul său intim). Amiel s-a descris ca un instabil, cu multe dubitații, îndoieli, scrupule, perioade de „somn al voinței", căderi ale forței vitale și indolență a întregii ființe ; totdeauna făcea mari preparații mentale pentru cele mai mici acțiuni și „trăia fără să trăiască" (deci, depersonalizare). Celălalt tip este exemplificat de Samuel Jonson, pe care Taine l-a numit un „urs morocănos". Jonson își era suficient sieși, era mîndru, vehement, con-

versa mult și era gata să terorizeze sau să se bată intelectual cu oricine nu era de acord cu el. Și el trăia o introspecție exagerată și se autoacuza de indolență, iar îndoiala nu-l împiedica să scrie și să lucreze foarte mult.

Lewis nu discută nimic despre fobic. El susține că cele două tipuri caracteriologice pot preceda nevroza obsesivă gravă, fiind apoi o concomitență a ei. De asemenea, autorul englez subliniază faptul că mulți oameni excepționali, ca, de exemplu, Martin Luther și Jon Bunyen, și la fel oamenii cu capacități mai puțin ieșite din comun, au făcut dovadă de multă vigoare mentală și de o activitate practică susținută concomitent cu existența evidentă a unei boli obsesive și în ciuda obsesiilor care-l turmentau. Pe de altă parte, alte persoane ajung să-și reducă treptat cîmpul de activitate invocînd simptome obsesive care observatorului imparțial îi apar ca minore. De unde concluzia: nu simptomele obsesive condiționează prezența social-productivă și creativă, ci nivelul, calitatea fundalului personalistic. Inteligența bună este un important factor de apărare în fața dezvoltării bolii obsesive. Mutarea accentului de pe simptom pe structura personalității este în orice caz o direcție de gîndire divergentă față de psihanaliză. De fapt, Lewis remarcă faptul că, în ciuda bogăției literaturii psihanalitice despre boala obsesivă, din aceasta nu se poate deduce nici o observație referitoare la posibilitatea apariției și dezvoltării bolii obsesive grave. Dar nu numai psihanaliza este deficitară în acest sector. Cercetarea sistematică a istoriei pacienților obsesivi relevă un număr important de cazuri la care nici prospectiv, nici retrospectiv, evoluția de lungă durată a bolii anancaste nu poate fi dedusă din datele psihopatologice inițiale. Ceea ce, cu alte cuvinte, eludează explicațiile comprehensibile, alături de cele psihanalitice, la multe nevroze obsesive grave, care totuși nu evoluează niciodată spre psihoză.

Gunar Skoog (1965) (88), introduce în tabloul bolii anancaste și pe fobici. El se referă tot la forme grave de nevroză. Sindromul anancastic tinde să apară — spune autorul — cel mai des între copilărie și prima parte a vîrstei mijlocii. Dar și mai tîrziu se poate instala un tablou obsesiv grav, printr-un fel de „atac" al bolii, dînd

aspectul unui „debut acut". Se notează totuşi o diminuare marcată a apariţiei acestui tablou după 35 de ani (monografia în cauză se bazează pe studiul a 251 de anancaşti). Formele debuturilor erau primar astenice, senzitive, schizofrenoide, vegetativ-fobice şi depresive. Aceste simptome dominante în perioada de început, deseori se intrică ulterior. Simptomele depresive şi cele vegetativ-fobice, deseori asociate, erau cele mai frecvente în debuturile bolii anancaste. Iar aspectul acut al debutului era cel mai frecvent legat de apariţia unor simptome anxios-vegetativ-fobice. Fobia nu este însă numai un simptom al bolii anancaste. Complexul fobic are anumite particularităţi care individualizează cazul chiar dacă el rămîne în cadrul bolii anancaste, a cărei condiţie fundamentală este o anumită „depersonalizare". Dar această depersonalizare, care condiţionează pierderea spontaneităţii şi a sentimentului de securitate al anancastului, poate îmbrăca, după Gunar Skoog, două forme : una predominant cenestopatico-fobică, care este şi mai „vegetativă", şi alta mai „intelectualo-metafizico-obsesivă". Astfel, depersonalizarea — şi ca un corolar al ei pierderea spontaneităţii caracterizează pe anancaşti şi stă în spatele modalităţilor fobice şi obsesiv-compulsionale.

Autorii francezi, discutînd despre modalităţile nevrozei obsesionale considerată în forma ei gravă, disting de asemenea *personalitatea* obsesional-compulsivă de cea psihastenică. Desigur, aici intervine şi respectul faţă de moştenirea lui Jent. Dar distincţia intervine la prea mulţi autori, de orientări şi din locuri diferite, pentru ca ea să nu fie o realitate. La nivelul nevrozei obsesive grave, unde avem în mod cert o alterare a structurii psihice, varietatea olinică se justifică într-o mare măsură tot prin referirea la fondul caracterial. La acest nivel însă, simptomele au o importanţă care nu poate fi neglijată. În plus, în formele grave, aspectele caracteriale din diverse surse se întretes. Psihorigiditatea şi nesiguranţa de sine, care la nivelul normalităţii dau formele caracteriale distincte ale anancastului şi psihasteniculuí aici coexistă. Şi la fel, insecuritatea în raport cu lumea ca spaţiu, ne-

voia de asigurare prin sprijin în lume şi nevoia de centrare psihică prin altul — care constituie centrul caracterului fobic — poate, la acest nivel, să coexiste cu psihorigiditatea şi nesiguranţa de sine. Totuşi, şi la nivelul bolii anancaste putem identifica uneori o coloratură mai mult psihastenică, mai mult anancastă sau fobică.

Unii autori, încercînd să distingă varianţe în tabloul bolii obsesive, înşiră în serie aspecte diferite prin calitate şi gravitate. Astfel, de exemplu, Widlöcher (89) distinge ca varietăţi ale personalităţii obsedaţilor : 1. caracterul anal descris de psihanaliză; 2. personalitatea psihastenică şi 3. personalitatea obsedaţilor. La aceasta din urmă disting, de asemenea, trei aspecte, şi anume : a) cazul nevrozelor obsesionale grave în care întreaga personalitate a obsedatului pare alterată de obsesii ; b) tabloul personalităţii, care poate fi identificat în nevrozele obsesionale în care simptomatologia este mai discretă şi c) situaţia în care o astfel de personalitate este prezentă fără simptome obsesionale. În această expunere se succed însă, fără ierarhizare, „caracterul anal", care este asimptomatic, alături de caracterul psihastenicului, presupus a avea simptome nevrotice, şi de cel al obsedatului — considerat în trei variante de însăilare cu simptome nevrotice —. Evident, se pleacă de la clinica psihiatrică şi teoriile psihopatologice spre normalitate şi nu invers.

După cum am văzut, unii autori consideră că nevroza obsesională gravă — deci boala anancastă — evoluează cel mai des din adolescenţă, iar dacă apare mai tîrziu este destul de puţin explicabilă psihogenetic. Şi Einar Kringler (1965) (18) constată că jumătate din bolnavii studiaţi de el au dezvoltat boala înainte de 20 de ani. Şi el subscrie la teza, pe care o consideră ca unanim acceptată, că bolnavii obsesivi şi fobici gravi, făcînd deci parte din boala anancastă, au un debut relativ timpuriu al simptomelor. Care este însă *evoluţia* bolii anancaste ?

A. EVOLUȚIA BOLII ANACASTE

Evoluția bolii anancaste merită o analiză atentă. Forma tip ideală pe care am descris-o drept ghid mental pentru clinică este puțin influențată de mediu și de timp. Pe scurt, este o suferință cronică, nealienantă. Studiul clinic concret ne poate furniza însă date mai exacte despre realitate. Iată cîteva cercetări pe această temă.

A. Lewis (1956) (87) se referă la 50 de cazuri de bolnavi obsesivi spitalizați sau văzuți ambulator, observați în medie 5 ani. Au fost alese forme grave evoluînd din copilărie sau adolescență. Din această cazuistică, autorul găsește în finalul investigării sale 16 vindecați, 7 foarte ameliorați, 5 cazuri de ameliorări urmate de recăderi, 17 neschimbați. Lewis consideră că schimbarea bolnavilor săi nu a avut nici o legătură cu tratamentele instituite. 17 cazuri au urmat o psihanaliză intensivă; majoritatea dintre ei au evoluat rău, dar erau și cazurile de la început cele mai grave.

E. Rudin (1953) studiază 130 de bolnavi obsesivi, la 1—25 de ani după prima consultație medicală. La 95 de cazuri s-a constatat o evoluție continuă, cu variații mai mult sau mai puțin nete; la 11 cazuri, o evoluție net periodică; la 8 oazuri, o evoluție prin puseuri. 42% din bolnavi erau incapabili de muncă la data anchetei.

J. Pollitt (1957) studiază 150 de cazuri pe o perioadă de observație între 3 luni și 15 ani. El constată că evoluția „fazică" este destul de frecventă, în medie la jumătate din cazuri. Dar această intermitență este diferită de cea a psihozei maniacodepresive. Regrupînd 420 de cazuri ale diverșilor autori, găsește 43% vindecări sau ameliorări care au permis o bună adaptare.

C. Muller (în mai multe studii publicate în 1953, 1957 și 1963) analizează 57 de bolnavi urmăriți sau revăzuți la 25 de ani, în medie, după prima consultație. Constată: 16 cazuri adaptate profesional și familial, fără simptome obsesionale; 12 cazuri bine adaptate, dar cu simptome obsesive prezente, deși diminuate; 12 cazuri neadaptate, cu

obsesii, avînd nevoie de asistență, dar totuși ameliorate; 7 cazuri fără ameliorare; 10 cazuri agravate, unele trecînd in schizofrenie.

I. M. Ingram (1961) (91) studiază 77 de cazuri grave, dintre care 31 par a fi nevroze obsesionale clasice, celelalte fiind fobii sau cazuri la care simptomele obsesionale sînt asociate cu alte tulburări psihice sau organice. În mare, constată că de-a lungul timpului, 1/3 din cazuri se agravează, 1/3 rămîn staționare, iar 1/3 se ameliorează.

E. Kringler (1965) (90) pe 91 de bolnavi urmăriți între 13 și 21 de ani după prima internare, găsește : 1/4 bolnavi vindecați sau foarte ameliorați, 3/4 neschimbați sau agravați. La 6 cazuri s-a observat o evoluție spre psihoză (schizofrenie paranoidă), dar la aceste cazuri se pare că a existat o anumită atipie a tulburărilor de la început. Psihoza care se dezvolta avea o formă atenuată, cu dese remisiuni. Autorul consideră că tratamentele urmate nu au influențat în mod semnificativ cursul bolii.

L. Grymshaw (1965) (92) analizează evoluția a 100 de bolnavi examinați între 1945 și 1959 și chestionați recent (psihozele sînt excluse). Rezultate :

Vindecați sau foarte ameliorați	40
Ameliorați	24
Neschimbați	29
Agravați	6
Morți	1
Din punctul de vedere al adaptării sociale :	
Readaptați	77
Handicapați	17
Invalizi trăind în familie	5
Decedați	1

C. Belciugăteanu, A. Sturza, G. H. Moise (1965) (93) studiază catamnestic 41 de cazuri, în medie la 2 ani după externarea din spital. Găsesc 13 vindecări. Pentru o evoluție mai favorabilă opiniază Goodwin D. W., Guze S. B. și Robins E. pe baza catamnezei a 19 cazuri.

În general, confruntînd aceste statistici se degajează cam următorul prognostic : 1/3 din cazuri se „vindecă",

1/3 se ameliorează sau reprezintă cazuri cu evoluție intermitentă, 1/3 cazuri rămîn neschimbate sau se agravează.

Prezența unor cazuri similare în familie și existența de simptome obsesionale în copilărie este un factor de gravitate a prognosticului. La început boala pare a evolua fazic, înainte de instalarea unei stări de suferință durabilă.

Toate studiile clinico-evolutive trebuie să se refere la un eșantion cît mai omogen. Din textul de pînă aici, deci după părerea noastră, rezultă că din punct de vedere clinic există prin definiție nevroze obsesive (obsesivo-fobice), care ascultă mult de trăirile subiectului, de conflicte, de situații de viață aparte etc. Alături de aceste cazuri, care sînt fundate în structuri caracteriale mai aparte și mai fragile, trebuie să distingem boala anancastă, adică forme „grave" de nevroze, care sînt aproape indiferente la variațiile mediului, puțin influențabile chiar de terapie. Această distincție trebuie, desigur, nuanțată în funcție de realitățile clinice. Schmock, într-un studiu din 1968 (în *Psychiat. Neurol. und med. Psychol.*, Leipzig) studiază 52 de pacienți cu simptome obsesive (fobicii sînt excluși) pentru a determina rolul ce revine constituției și respectiv dezvoltării. Cu cît structura persoanei e mai modificată, cu atît rolul dezvoltării și al factorilor psihogenetici e mai mic. La 30 de cazuri de „psihopatie anancastă" dezvoltarea ar juca un rol doar în 7, pe cînd la 20 de cazuri de „personalități accentuate" de tip anancast (în sensul lui Leonard), dezvoltarea joacă un rol în 14. N. K. Ligart (Korsakov, 1969) urmărește pe 110 pacienți schimbările personalității de-a lungul „nevrozei obsesive prelungite" și găsește că înainte de dezvoltarea nevrozei doar 30% aveau trăsături de caracter marcate și stabile de psihopatie, pe cînd 70% puteau fi plasați în limitele normale sau considerați ca persoane marginale normalității.

Chiar cînd este vorba doar de cadrul clinic al bolii anancaste, se pare că există tipuri evolutive puțin influențate de terapie, alături de altele mai influențabile. Așa sugerează R. Pujol și A. Savy (1968) (94) pe baza

unui foarte meticulos studiu efectuat pe 40 de cazuri alese cu multă precauție, toate încadrabile în boală anancastă. Autorii disting :

1. Forme „clasice" : 18 cazuri cu debut aparent în adolescență, cu simptomatologie obsesională care devine treptat permanentă, cu eventuale exacerbări ; adaptarea socială și profesională rămîne posibilă. Aceste cazuri nu se modifică prea mult cu vîrsta și ar corespunde bolii anancaste tip.

2. Forme de agravare progresivă, ducînd la invaliditate, dar a căror simptomatologie rămîne strict nevrotică (6 cazuri). Evoluează în faze, fără remisiuni apreciabile și duc, cu orice terapie, la inadaptare socio-profesională totală, fără a ajunge la psihoză.

3. Forme cu remisiuni durabile și bună adaptare socială (4 cazuri). Aceste cazuri nu sînt mai puțin grave decît celelalte în perioada bolii, iar fondul caracterial se menține și după remisiune.

4. Forme intermitente (8 cazuri) care au deobicei un tablou clinic mai puțin bogat și complet. Uneori interferența cu o psihoză maniaco-depresivă este clară.

5. Forme cu debut tardiv, după 50 de ani (4 cazuri).

6. Forme evolutive în care se constată asocierea nevrozei obsesionale cu faze psihotice. Cazurile nu ar fi prea frecvente (12% pentru Müller, 10% pentru Rüdin, 6% pentru Ingram). Aceste cazuri pot realiza următoarele eventualități clinice ;

— Sindroame confuzionale trecătoare însoțite deseori de o tonalitate afectivă depresivă (cazuri de acest tip au fost menționate și de Janet).

— Scurte episoade melancolice curabile în cursul unei nevroze obsesionale tipice, care rămîne neschimbată după acest episod.

— Episoade psihotice schizofrenice de tip acut sau de tip „bufeu delirant paranoid", reversibile, după care nevroza obsesională își urmează cursul normal.

— „Decompensări" schizofrenice durabile, cu faze destul de lungi evoluînd cu o simptomatologie obsesională pur nevrotică, deseori cu o componentă psihastenică netă în tabloul clinic. Astfel de cazuri au atras atenția mai de mult (1939) lui Claude și Micaud, servindu-le să sus-

ţină părerea că psihastenia ar fi o stare intermediară între nevroza obsesivă şi schizofrenie. În orice caz, această eventualitate ridică cele mai multe probleme în seria raporturilor dintre boala obsesivă şi schizofrenie.

— O „nevroză obsesivă gravă" urmînd clar unui proces psihotic remis, ca un fel de „cicatrizare" sau evasivindecare a psihozei, uneori fragilă, dar permiţînd în orice caz o încadrare socială.

Toate aceste modalităţi trebuie distinse de schizofreniile pseudonevrotice, deoarece fazele psihotice şi cele nevrotice sînt discernabile în cazurile de mai sus. Dimpotrivă, în cazurile limită *(borderline states)* avem mixturi de simptome nevrotice şi psihotice.

B. RAPORTURILE DINTRE BOALA ANANCASTĂ ŞI PSIHOZE

a) Boala anancastă şi psihoza maniaco-depresivă

Boala anancastă poate evolua mult timp monoton, cu puţine variaţii în tabloul clinic, la o persoană cu un fond timic depresiv-anxios-morocănos. De asemenea, ea poate evolua fazic, fapt notat de toţi autorii care au studiat această boală din perspectiva evolutivă. Şi în cazurile în care nu întîlnim decompensări periodice nete, oscilaţiile afective ale bolnavului anancast pot fi mari, dată fiind labilizarea marcată a structurii persoanei. Aceste oscilaţii, cărora le putem găsi uneori un determinism comprehensibil, dar care alteori apar ca fundate endogen, sînt mai evidente la cazurile colorate mai mult psihastenic : perioade de dinamism exuberant, dar fără veselie reală contaminantă, alternează cu perioade distimice.

Din altă perspectivă, în psihoza maniaco-depresivă, în fazele depresive, se întîlnesc frecvent obsesii.

Faptele de mai sus au determinat pe psihiatri să caute înrudiri între boala obsesivă şi psihoza maniaco-depresivă. În primele decenii ale secolului, Ewald, Heilbronner, Boenhoffer au luat în considerare această eventualitate. Mai mult chiar, Stocher a întreprins o tentativă de a explica toate obsesiile ca fiind de fapt stări mixte, maniaco-depresive (! !).

Mai recent (1963) (95), Baroutinl și Fossi reiau problema într-un studiu documentat. Autorii fac, în primul rînd, o analiză amănunțită a depresiunii, insistînd asupra „distimiei endoreactive a lui Weitbrecht", cadru clinic distinct de depresiunea strict endogenă, de cea simptomatică și de cea reactivă. Apropiată de această distimie ar fi „depresiunea anancastică" studiată de Leuter (1962), care la rîndul său reia un termen sub care Lione (1942) a descris unele depresiuni particulare. Autorii se referă la 16 cazuri de astfel de „depresiuni anancaste" la care simptomatologia depresivă și cea anancastă, ambele intens exprimate, se intrică strîns și durabil; cazurile au reacționat terapeutic bine la electroșoc și imipraminâ. Bolnavi obsesivi care evoluează după modelul distimiei endoreactive a lui Weitbrecht a descris și Papella (1967) (96).

Desigur, ar fi exagerat să se facă un cadru clinic distinct din depresiunea anancastă. Distimia endoreactivă a lui Weitbrecht la rîndul ei, ar putea fi considerată ca o boală ce se desfășoară la o persoană cu o importantă atingere a structurii psihice, nepsihotică însă, deci la o formă gravă de persoană psihopată sau, mai în general, la cadrul clinic fundat într-o dezvoltare derapantă, din care face parte și boala anancastă. Cazurile descrise drept depresiune anancastă ar fi de fapt forme grave de boală anancastă care se „blindează", nu prin ritualuri și tabuuri, ci prin depresiune. Căci depresiunea este la fel de apropiată de obsesie, ca și de fobie sau ritual.

Să urmărim acuma mai amănunțit, tot împreună cu autorii italieni, raporturile posibile pe plan clinic între depresiune și obsesie. Ar exista următoarele eventualități (după Reda și Paretti):

a) Episoade obsesive inserate într-o fază depresivă la distimici.

b) Episoade depresive, de intensitate psihotică, la psihastenici-obsesivi. Acestea pot prezenta, pe lîngă depresiune și anxietate fobică și liber flotantă precum și simptome somatice (A. Kessell, *Brit. J. Psychiat.*, 1968).

c) Episoade de decompensare obsesivă pseudodepresive, la psihopați.

d) Manifestări obsesive în cursul depresiunii ciclotimice, ca simptom echivalent (adică de prim plan, depresiunea stînd în umbră). Uneori, cînd fazele sînt net obsesive, apartenența la psihoza maniaco-depresivă a cazului poate fi doar presupusă. Un caz de acest tip, al unei femei de 25 de ani, care suferă 5 episoade cu simptomatologie predominant obsesivă, publică recent E. Toker *(Psychiat. Quart.*, 1968).

e) Evidențierea, cu ocazia unei faze depresive ciclotimice, a unor trăsături anancaste, care interepisodic sînt discrete.

f) Depresiuni reactive în cursul nevrozei obsesive grave.

Între boala anancastă și psihoza maniaco-depresivă, considerate ambele ca boli, nu există înrudiri de natură. Există însă apropieri și intricări pe plan psihopatologic, între complexul anancast și cel depresiv. Psihanaliza invocă apropierea nivelului de regresiune. Von Gebsattel invocă depersonalizarea prezentă în ambele boli. Această apropiere psihopatologică explică frecvența asocierii *sindromului* obsesiv și a celui depresiv (cum remarcă și Amat într-un studiu din 1959) (97).

Din punct de vedere clinic, există cazuri în care la o persoană structurată după modelul bolii obsesive (al bolii anancaste) apar faze psihotice ciclice pregnante. Deci, un fel de mixtură maladivă, care presupune posibilitatea psihozei maniaco-depresive de a apărea la orice tip de persoană, deci și la cel anancast. Recent (1965) (69), Kluge studiază un astfel de caz, la care episoade maniacale și depresive psihotice se dezvoltă la o persoană ce fusese obsesivă toată viața. Autorul găsește arborele genealogic încărcat în ambele sensuri. Deși distinge net cele două tipuri de boli, Kluge remarcă totuși că între trăsăturile structurii anancaste și *tipus melancolis* descris de Tellembach există asemănări caracteriale (mai ales tendința la ordine și dorința de securitate). În plus, el *consideră că boala obsesivă autentică este de condiție endogenă*, afirmînd chiar: „aproape nu există nici o altă nevroză așa de independentă de mediu ca *boala* obsesivă". Obsesiile care apar în fazele depresive ale psihozei maniaco-depresive sînt destul de

frecvente. După Gittleson (1966) (98), la 1/3 din depresivii endogen în fază psihotică s-ar întîlni obsesii. Ce e drept, autorul nu exclude cazurile care au avut obsesii și înaintea episodului psihotic, iar în apariția lor acordă un rol important personalității premorbide.

Obsesiile din depresiunea endogenă sînt de obicei monotone, sărace, simple. Ele sînt resimțite de subiect ca făcînd oarecum parte din personalitate și nu așa de parazite ca în boala obsesivă. De obicei e vorba de compulsii (fobii de impuls) agresive. Gittleson (1966) constată că obsesiile cu conținut criminal explicit, mai ales de suicid, apar de 12 ori mai frecvent la obsesivul depresiv decît la cel nedepresiv. Papella (1967) remarcă de asemenea la decompensările obsesive periodice că în cazul în care se caracterizează prin obsesii și compulsii de tip agresiv distructiv, de cele mai multe ori se validează după un timp ca depresiuni periodice tipice (pentru care decompensările obsesive nu erau decît o mască ; în lipsa unor astfel de obsesii, nici evoluția nu e de acest tip.

Între episoadele depresive, obsesiile pot dispărea complet, pentru ca la accesul următor să apară deseori cu aceeași temă obsesivă.

Uneori, în cursul unui episod depresiv grav, tema obsesivă se poate transforma în convingere delirantă. Această transformare ar distruge efectul protector pe care obsesiile l-ar avea (după unii autori) față de tendința la suicid. În orice caz, chiar dacă nu obsesiile sînt cele care protejează depresiunea de suicid, prezența lor indică o fază a bolii în care sinuciderea nu e iminentă.

b) Boala anancastă și schizofrenia

Încă de la crearea termenului de schizofrenie, Bleuler vedea în multe „psihopatii obsesive" o formă latentă de schizofrenie. În discuția pe această temă au fost invocate, atît aspectul clinico-evolutiv, cit și intervenția eredității.

Rolul factorilor ereditari-somatici în apariţia complexului anacast a fost arătat de multe ori de Magnan (99) cu ocazia expunerii ideilor sale despre degenerescenţă şi el a fost susţinut ulterior de mulţi autori, între care de Grisinger şi de marele Kraepelin.

Alături de aceştia se mai plasează şi alţi autori ceva mai recenţi, între care Maggendorfer, care citează un arbore genealogic aproape complet obsesiv, şi Hoffman, care notează, între altele, foarte mulţi ascendenţi cicloizi şi schizoizi în familiile anancaştilor. Această perspectivă corespunde, în epoca respectivă, teoriei lui Kretschmer, după care obsesivii ar aparţine în parte schizoidiei, în parte ciclotimiei. Kehrer, ocupîndu-se o perioadă destul de îndelungată de problemă şi bazîndu-se pe studii genealogice (în concordanţă şi cu studiile lui Luxemburger), face o apropiere destul de strînsă între schizofrenie şi bolnavul obsesiv. „E dificil să faci diagnosticul diferenţial — spunea el — între nevroticii obsesivi cronici şi schizofrenia incipientă sau între boala obsesivă şi forme uşoare de schizofrenie.

Alături de aceste discuţii, tot în primele decenii ale secolului nostru, a fost ridicată *problema trecerii nevrozei în psihoză (schizofrenie).* Discuţiile purtate pe această temă au făcut tot timpul apel la bolnavii obsesivi. Astfel, Jahrreiss (27) arăta că multe schizofrenii au un debut trenant care, pentru cel ce nu analizează bine cazul, acesta ar putea lăsa impresia trecerii unei nevroze obsesive într-o schizofrenie, cînd, de fapt, e vorba de debutul obsesiv al unei schizofrenii ce-şi urmează desfăşurarea lent. Tabloul obsesiv de la un moment dat nu e decît suprastructura episodică a unui moment evolutiv, chiar dacă el poate persista şi în plin proces psihotic declarat. E drept că Jahrreiss a descris şi ceea ce el a numit „boală obsesivă cronică sistematică" şi care, cu evoluţia ei progresivă, dar lentă, *termină în marginea schizofreniei,* deci în ceea ce s-ar putea denumi grupul cazurilor limită între nevroză şi psihoză *(borderline states* — stări marginale). Despre aceste cazuri vom discuta mai tîrziu. Menţionăm deocamdată că în clinică se înregistrează cazuri care evoluează lent spre schizofrenie francă, îmbrăcînd mult

timp aspectul unei boli obsesive. Astfel de cazuri au fost menționate mereu.

Deosebirea dintre aceste cazuri și boala obsesivă, care deși gravă, nu evoluează spre psihoză, s-ar putea face — după unii autori — chiar din fazele incipiente, printr-o analiză psihopatologică atentă. Astfel, obsesiile viitorilor schizofreni s-ar caracteriza (după Michaux) (100) prin faptul că sînt vagi, abstracte, de la început absurde. Ele se desfășoară pe un fond „nece" afectiv, adică persoana le înregistrează destul de indiferent, fără faza chinuitoare și angoazantă de luptă cu sine a anancastului. La fel, compulsiile agresive, sexual-perverse, delictuale — cleptomanice, piromanice etc. — care ajung să treacă ușor la act, să se realizeze ca atare fără multă luptă, ar fi un semn de evoluție gravă, de alunecare viitoare spre schizofrenie (Garcia) (80). Distincția despre care vorbim apare clară și perfect posibilă și pentru Klinger, la cele 6 cazuri (din 91 urmărite) la care simptomatologia obsesivă prezentă mult timp a fost preambulul unei schizofrenii.

Distincția e mai dificilă cînd e vorba de persoane tinere care trec prin procesul adolescenței și care urmează să-și închege și consolideze formula personalității proprii. Așa este cazul relatat de Eggers (1968), al unui tînăr care la 11 ani prezintă fenomene compulsive, pentru ca la 20 de ani să se manifeste cu un tablou de schizofrenie paranoid-halucinatorie, precum și cele 3 cazuri comunicate de Belestri și Lanzaro (1968).

O schizofrenie care se dezvoltă la un moment dat la o persoană care a fost înregistrată pînă în acel moment ca un bolnav obsesiv ar putea fi însă și interferență maladivă. Acest fapt îl susține și Stengel (101) pentru anumite cazuri. Stengel, care s-a ocupat zeci de ani de problema corelațiilor între boala obsesivă și schizofrenie, enumeră următoarele eventualități de raport reciproc:

a) Apariția simptomelor schizofrene după un foarte lung prodrom obsesiv; posibila evoluție lentă a schizofreniei mascată multă vreme anancast. În acest grup ar intra, eventual, și ceea ce s-a numit „schizofrenie pseudonevrotică" în măsura în care evoluează cu simptome obsesive.

b) O schizofrenie care se dezvoltă la un bolnav obsesiv la fel ca la oricare om. Prezența prealabilă a structurii obse-

sive ar da o alură mai benignă psihozei schizofrene, prin trecerea ideilor delirante şi a halucinaţiilor prin filtrul îndoielii, atitudinii critice, a maniei verificării etc. Complexul obsesiv, ca realitate separată, ar apăra de destructurarea schizofrenă.

c) Apariţia de simptome obsesive relativ recent înaintea celor schizofrene, concomitent cu acestea sau numai în timpul unei remisiuni a schizofreniei. Prezenţa de simptome obsesive în timpul unei schizofrenii declarate (distincte de ideile delirante) a fost înregistrată şi descrisă de mulţi autori, între care Manche-Klunder Schwartz, Pilcz, Schneider etc. Unii autori moderni, ca Haddock (1965) (102), prin studii comparative, formulează părerea că bolnavii la care predomină obsesiile (trăiri obsesive) s-ar apropia mai mult de grupul depresiv, pe cînd bolnavi cu compulsii-ritualuri s-ar apropia mai mult de grupul schizofren. Grupul fobic s-ar afla la mijloc, între celelalte două. În cursul schizofreniei ar predomina obsesii absurde, magice şi compulsii-ritualuri. Simptome obsesive compulsive şi fobice în cursul schizofreniei au mai studiat Matarazzo (1957) (104) cu referire specială la forma hebetrenă de schizofrenie (Golovan, 1965) (103) cu referire la semnificaţia prognostică a acestor simptome, precum şi Zoordovskoi (Korsakov, 1970), care încearcă o tipologie a sindromului obsesiv la pacienţii cu schizofrenie progresivă.

Întîlnirea, în incidenţe aşa de variate, între boala obsesivă şi schizofrenie nu estompează distincţia dintre cele două cadre clinice. Mai de mult încă, Pilcz, care sublinia importanţa factorilor ereditari în „nevroza obsesivă gravă" susţinea cu fermitate opinia că aceasta poate evolua grav pînă în final, fără a trece în schizofrenie sau fără a se mixta cu aceasta.

S-ar contura deci următoarele păreri şi distincţii necesare :

1. Nevroza obsesivă gravă e un cadru clinic aparte, care nu trece niciodată în schizofrenie.

2. Tabloul de tip „nevroză obsesivă" poate fi un fenomen de debut al unei schizofrenii, eventual simptomele obsesive persistînd şi ulterior sau apărînd numai în starea defectivă.

3. Apariția de simptome schizofrene după un foarte lung prodrom obsesiv.

4. Apariția unei schizofrenii ca un proces, ca o boală distinotă, la o persoană care are o nevroză obsesivă. În acest din urmă caz, complexul anancast-obsesiv face ca evoluția psihozei să fie mai benignă.

Această ultimă opinie, formulată de Stengel, are și alți susținători, de exemplu, psihanalistul Bouvet, care spune: „Simptomele obsesionale apar ca expresia unei veritabile tehnici destinate a menține relații adecvate cu realitatea... în general, nevroza obsesională e o bună garanție împotriva psihozei". Această „atenuare" a procesului psihotic de către un tablou anancast-obsesiv preexistent nu poate fi însă generalizată. Totuși, discuția s-a purtat și în alți termeni. De exemplu, A. Garcia susținea că „nevroza apără de psihoză, fiind în contrapoziție cu aceasta". Iar Abely era de părere că nu poate exista psihoză și nevroză în același timp, ci scurte episoade de luptă care hotărăsc victoria, „iar învingătorul ia cu sine pe cel învins".

Cu alte cuvinte, aceeași idee: nevroza poartă în spatele ei psihoza învinsă și deci dacă nevroza ar dispărea, psihoza s-ar desfășura liber.

Nu subscriem la aceste opinii, deoarece credem că problemele pot și trebuie puse în altă manieră. Astfel, am distinge:

— Impasul și dezvoltarea nevrotică, care rezultă din înfrîngerea, prin trăiri negative, anergizante, conflictuale, a unei persoane fragile disarmonic caracterial.

Cadrul clinic fundat în „dezvoltarea derapantă", în care „procesul psihopatologic" (în sens jaspersian) se infiltrează în dezvoltarea persoanei, se întrețese cu aceasta și *acționează lent*, într-un relativ echilibru în forțele persoanei și nu brusc, intempestiv, incisiv, ca un rău distinct de ansamblul persoanei, ca ceva exterior ei. În aceste cazuri nu poate fi vorba de o „luptă între psihoză și nevroză", ci de fundarea endogenă a unui rău de tip nevrotic grav, rezultînd dintr-o eșuare a procesului de maturare, dar fără alienizare, cu persistența existenței în socialul productiv. Persoana, oricît de grav ar suferi, își păstrează o unitate cu sine în timp.

Psihoza, ca ceva străin persoanei, ca o ruptură a ei, care poate evolua brusc sau lent, dar nu se întreţese, nu găseşte un echilibru cu forţele personale. Astfel, schizofrenia poate acţiona intempestiv şi lasă un defect de aspect anancast, poate evolua periodic progresiv, prin puseuri. Între puseuri, aspectul fiind de schizofrenie pseudonevrotică obsesivă, poate evolua lent progresiv, avînd mult timp aspect obsesiv, dar terminînd tot în psihoză.

Unii autori, vorbind mai puţin un limbaj clinic cît unul psihopatologic, au discutat despre trecerea obsesiei în delir. Michaux şi colaboratorii publică în 1945 mai multe cazuri de acest tip în care bolnavi cu obsesii ipohondrice, cu ruminaţii filozofice etc. au devenit după o evoluţie îndelungată deliranţi cu idei bizare, abstracte, simbolice. Astfel de cazuri s-ar încadra, desigur, în grupul schizofrenilor cu evoluţie lentă, care au îmbrăcat multă vreme un tablou obsesiv, mai ales că însuşi autorul susţine posibilitatea distingerii de la început a „obsesivului cu potenţialităţi de evoluţie spre delir". Dar interpretarea pe care autorul o dă acestui fenomen de tranziţie, inspirată din principiile pavloviene, dizolvă specificitatea clinică pe care o anunţă iniţial. Mai precis, Michaux şi colaboratorii incriminează o slăbire a procesului de inhibiţie internă, care ar face să diminueze puterea discriminatorie, puterea de îndoială şi dubiul pacientului, mutînd astfel obsesia în delir, ceea ce ar însemna că totuşi „nevroticul obsesiv" a trecut în „psihoticul" delirant. Tot astfel s-ar explica — după autorul francez — apariţia la bătrîneţe a unor obsesii şi fobii care în cursul vieţii au putut fi ţinute în frîu. Mai mult chiar, în unele demenţe (mai ales în P.G.P.), obsesiile care se instalează o dată ou procesul patologic se pot transforma treptat — pe baza aceluiaşi mecanism de slăbire a procesului inhibitor — în idei delirante.

Teza susţinută de Michaux, chiar dacă poate fi postulată în unele cazuri, nu se poate generaliza. Clinica arată nenumărate cazuri de obsesivi grav, maligni, care la bătrîneţe, nu numai că nu se transformă în deliranţi, ci trăiesc chiar o atenuare a fenomenelor obsesive (Petrilowitsch).

În afară de cazurile de bolnavi obsesivi care la un moment dat ajung să prezinte un tablou psihotic, clinica psihiatrică întîlnește și cazuri care evoluează foarte mult timp în marginea psihozei, deci cazuri marginale (*borderline states*), care se pot mixta cu microsimptome schizofrene fără a trece explicit în psihoză. Dar prin marea apropiere de schizofrenie, uneori ou intricare simptomatică, aceste cazuri sînt distincte și de boala anancastă tip, care nu se mixtează psihotic nici în final. Autorii au denumit variat aceste cazuri : formă pseudoschizofrenă a psihasteniei (Delmas-Marsalet) sau „schizofrenie pseudonevrotică" pe care Green o caracterizează astfel :

— un potențial evolutiv ridicat, cu reducerea globală a activității, funcționarea de tip obsesional a gîndirii, aproape în permanență ;

— componentă psihastenică importantă, cu impotență psihică, fatigabilitate, depresiune ;

— pasivitate în fața invaziei obsedante, dispariția frecventă a angoazei, comportament mecanic ;

— sentiment de depersonalizare progresiv, determinînd o rigiditate protectoare din ce în ce mai mare ;

— tulburări ale contactului interuman, cu repliere autistă ;

— deseori, fără a se ajunge la disociație, se poate întîlni o modificare a obsesiei, care încetează de a mai fi criticată ; conținuturile obsesiei pierd din suplețe și cîștigă în rigiditate, luînd alura și semănînd cu convingerile delirante.

Și Hoch, descriind „schizofreniile pseudonevrotice", dă o listă de simptome dintre care multe se întîlnesc în astfel de „cazuri limită" dintre obsesiv și schizofren. Golberg publică și el (1965) (86) un studiu care cuprinde 4 cazuri foarte interesante de „sindroame obsesional-paranoide" la care structura simptomatică anancastă și paranoidă se intrică sincron și diacron. În toate cazurile, pacientul insista ca partenerul conjugal să participe la trăirile sale obsesiv-delirante, implicîndu-l concomitent în delir.

Întreaga prezentare de mai sus a raporturilor dintre boala anancastă și schizofrenie nu e, desigur, în măsură să limpezească problemele nosologice. Ba, dimpotrivă, nu e de așteptat nici ca cercetările genetice să aducă mai

multă lumină, dată fiind problematica penetranței și a recesivității. Cît despre terapeutica modernă, ea nu poate decît să introducă confuzii și mai mari, jugulînd sau inhibînd și prelungind procese psihopatologice, creînd stări defective complexe.

Înseamnă oare aceasta un nou impas al nosologiei? Estomparea distincției dintre reacție, dezvoltare și proces duce oare la dizolvarea cadrelor clinice? Foarte probabil, nu. Desigur, activitatea psihiatrică clinică se va baza mult mai mult pe fenomenologie decît pe invocarea unor cadre nosologice abstracte. Acestea sînt însă, nu numai posibile, ci chiar necesare, în calitate de ghiduri mentale, de modele abstracte de referință. Prin aceasta, alături de psihopatologia fenomenologică, devine necesară o psihopatologie sintetică a „modelelor clinico-psihopatologice". Astfel de modele ar fi și cele trei modalități la care ne-am referit în repetate rînduri pînă aici și pe care le mai repetăm o dată, pentru încheierea discuției privitoare la clinica patologiei obsesive:

1. Impasul și dezvoltarea nevrotică „obsesivo-fobică", care își are fundamentul în criza și înfrîngerea unei persoane anormale, fragile, cu o caracteriologie aparte (rigid anancastă, nesigur-psihastenică, emotiv-fobică). Simptomatologia stărilor nevrotice este variată, astenică, depresivă, cenestopată, fobică, obsesivă. Sînt de luat în considerare modele calitativ pure (cu caracteriologie și simptomatologie specifică, de exemplu nevroza fobică nucleară, distinctă de cea anancastă nucleară), precum și forme mixte, calitativ.

2. Boala anancastă, ca o suferință fundată în principiu endogen, puțin influențată de ambianță, neevoluînd spre psihoză, are la bază o „dezvoltare derapantă", iar din punct de vedere psihopatologic „depersonalizarea de fundal" întreține o simptomatologie obsesivă gravă, culminînd cu ritualurile.

3. Cazuri limită și mixturi între suferințe de tip obsesiv și psihoza schizofrenă, cuprinzînd schizonevroze, schizofrenii pseudonevrotice, schizoidul clasic etc. Alunecarea în schizofrenie e posibilă, dar mai pot fi notate simptome obsesive în cadrul schizofreniei și al psihozei maniaco-depresive.

CAPITOLUL IV

ETIOPATOGENIE ŞI TRATAMENT

1. PROBLEME ETIOPATOGENICE

Arealul obsesiei se plasează în axul antropologic al libertăţii deliberării şi manifestării actului. Un al doilea ax fundamental antropologic al omului, limbajul, e problematizat în cadrul unui alt areal psihopatologic, cel al aşa-zisei isterii. În obsesie şi la obsesiv, limbajul e în permanenţă în planul doi. Obsesivul este un tăcut căruia îi place anonimatul muncii ; pentru el, expunerea socială şi comunicarea interumană, în orice formă, sînt dificile.

Ce împrejurări circumscriu şi ce factori determină fenomenul obsesiv ca un fenomen patologic, ca o suferinţă sau ca o boală ? Şi în continuare, cum, prin ce metode poate fi studiată arheologia etiopatogenică a obsesiei şi obsesivului ca bolnav ?

Modalitatea de a fi obsesivă fiind o modalitate de a fi a omului, a personalităţii umane, obsesivul e abordabil prin orice metodă de abordare a acesteia. Şi fiecare din aceste abordări va da un tablou, o faotologie referitoare la ceea ce s-a găsit la omul în cauză, cercetat prin metoda respectivă. Apoi, de la o factologie statistic concordantă se poate trece la interpretări şi la formularea de teorii în care să intervină relaţii de cauzalitate. O

etiopatogenie a nevrozei sau bolii obsesive se poate constitui, deci, investigînd din toate incidentele omul obsesiv şi construind ulterior scheme interpretative care să pornească de la datele nemijlocite pe care acesta le oferă.

Omul obsesiv poate fi investigat prin metode de abordare biologică. Cum funcţionează organismul în ansamblu şi creierul în special în cazul prezenţei fenomenelor obsesive? Această întrebare o dată formulată, se pot face multe constatări. De exemplu, una dintre vechile observaţii e prezenţa unei constipaţii la obsesiv. O astfel de observaţie poate da naştere la diverse scheme interpretative. De exemplu, se poate presupune, aşa cum mulţi internişti au făcut-o, că în cazul constipaţiei unii produşi relativ toxici ai conţinutului colonului se resorb, producînd o autointoxicaţie a organismului în întregime şi a creierului în special, responsabilă pentru fenomenul obsesiv ulterior. Dar o schemă interpretativă se poate construi şi în sens contrar, aşa cum a făcut psihanaliza. Educaţia sfincterial-anală fiind primul moment al relaţiilor interpersonale ale copilului, situaţie în care el poate să se opună, să nu satisfacă prin ceva intenţiile adultului în raport cu el, reţinerea fecalelor — şi deci constipaţia — e fundată afectiv, e o marcă a opozitivităţii, a agresivităţii în raport cu părintele educator şi constrîngător. Şi astfel, fenomenul constipaţiei se va plasa în cadrul unei anumite structuri caracteriale. Ea este cea care stă în spatele obsesiei, o pregăteşte şi o determină. Structura anancastă a personalităţii şi constipaţia ar fi fenomene paralele. În această interpretare, individul nu face obsesii pentru că e constipat, ci el e constipat pentru că are o structură caracterială organizată agresiv şi predispusă la obsesii. Discuţia în jurul constipaţiei poate lua un caracter şi mai larg. Astfel, interniştii afirmă deseori că una din cauzele constipaţiei este regimul de viaţă şi muncă sedentar, ca de exemplu cel al contabililor; explicaţia este de înţeles şi de acceptat. Dar, în acelaşi timp, ştim că meseria de contabil este aleasă de firile care iubesc ordinea, meticulozitatea şi o muncă cu puţine relaţii afective interpersonale în ea. Or, astfel de caractere sînt tocmai caracterele anancaste; şi astfel relaţia cauzală directă iarăşi nu apare clară şi univocă. Desi-

gur, se poate da o explicație electrică sau, cum e la modă azi, relațiile de interinfluențare între diverși factori și diverse tendințe pot fi considerate ca potențîndu-se reciproc prin *feed-back*-uri. Dar aceasta nu face decît să sublinieze caracterul de schemă abstractă al interpretărilor noastre cauzale.

În cazul obsesivilor, creierul poate fi și el investigat. Trebuie să recunoaștem că metodele de investigare directă a creierului sînt și astăzi foarte primitive. Totuși, „fapte" se pot aduna cu ajutorul tehnicii electroencefalografice standard. Pacella, Palatin, Magler (1944), Dell și Lairy (1959) — citați după Green (105) — au descris în stările obsesive amănunte imagini de tipul bufeurilor paroxistice și vîrfuri degradate, decelabile doar la hiperpnee și la S.L.I. Aceste semne nu ar fi legate de o epilepsie subiacentă, care, dacă e prezentă, se traduce prin manifestări distincte. Ulterior s-a ajuns însă la concluzia că tehnicile standard nu relevă nici un tablou EEG posibil a fi pus în corelație specific cu obsesia sau obsesivul. Prin activare cu amital sodic, Shagen ar fi putut evidenția o diferență de prag între isterici și obsesivi (la ultimii, acesta fiind mai ridicat). La fel, Dongier, după ce identifică un tablou EEG evocator al nevrozei (traducîndu-se printr-o poliritmicitate de unde α, un exces de unde β și Δ, posterioare și reacții anormale la SLI) discută despre un „pol" obsesional și unul isteric. Primul s-ar distinge prin lentoarea undelor α, un β rolandic și ridicarea pragului de sedație; al doilea, prin rapiditatea α, α variant, reacție specifică la hiperpnee și la zgomote bruște, scăderea pragului sedației. Mai recent, Aslanov (Korsakov, 1968), studiază la 50 de obsesivi sincronizările spațiale ale biopotențialelor corticale obținute prin EEG. Rezultatele (corelațiile obținute cu calculatorul) indică diferențieri față de lotul normal martor.

Sînt oare aceste fenomene specifice în sens diagnostic? Acest fapt pretinde o validare statistică amplă, pe o cazuistică clară și nucleară, comparată atît cu normalitatea, cît și cu cît mai variate cazuri psihopatologice. Reprezintă aceste particularități — în măsura în care sînt validate — o marcă a suferinței creierului? Sau e numai o modalitate specifică a sa de a fi? Ce semnifi-

cație au pentru funcționarea creierului astfel de particularități ? Toate aceste întrebări își așteaptă răspuns. Direcția cercetării rămîne interesantă.

O altă metodă de investigare a activității creierului se consideră a fi utilizarea reflexelor condiționate dezvoltate experimental de Pavlov (106), care au la bază o veche schemă cartesiană.

Atunci cînd Pavlov și elevii săi afirmă că la baza obsesiilor stă un focar de excitație stagnantă, această afirmație trebuie privită cu respectul cuvenit marelui cercetător al „faptelor obiective din creier", marelui adversar al speculațiilor și „psihologizării faptelor", omului care l-a făcut să plece în 1902 pe acel Snarski care invoca prea mult mecanismele „psihologice". Dar astăzi ne este clar că această afirmație nu e traducerea în limbaj discursiv a unui fapt observat, ci o „interpretare" pe un anumit model al creierului, a ceea ce ar putea fi fenomenul obsesiv. Și modelul creierului cu care operează Pavlov este un model spațial simplu. Prima interpretare pe care Pavlov o dă obsesiilor e cam următoarea (108) : „La baza obsesiilor, ca și la baza delirului — cel puțin al paranoiei — stă excitația inertă patologică cu formarea de *puncte patologice izolate* (sublinierea noastră). Concomitent cu această stabilitate și inerție a excitației ar exista și o slăbire a inhibiției. În orice caz, acest „punct de excitație patologică inertă" duce la imposibilitatea de a inhiba unele idei, reprezentări, amintiri, care devin apoi obsesive. Existența criticii față de ele, înțelegerea caracterului lor patologic, la obsesiv, Pavlov o explică printr-o intensitate mai mică decît în delir a excitației patologice inerte și, ca urmare, printr-o intensitate și o *extensie* (sublinierea noastră) mai mică a inducției negative, care nu mai poate împiedica (ca în delir) apariția focarelor de excitație concurente. Existența acestor focare neinhibate de focarul patologic de excitație inertă care determină apariția obsesiei constituie baza materială a menținerii atitudinii critice a bolnavului". Dar existența unei obsesii, de exemplu obsesia de a se defenestra sau trăirea obsesivă a întrebării : „există Dumnezeu?", presupune ea oare că într-un anumit *loc* al scoarței sau al sistemului nervos în ansamblu

al său model al „creierului-psihism" un model al fenomenului obsesiv, şi pe actualele modele ale creierului se poate face această tentativă ; evidenţa complexităţii te face însă mai circumspect în încercări şi afirmaţii. Să schiţăm totuşi cîteva posibilităţi.

Să considerăm un sistem dotat cu modalităţi de asigurare a homeostaziei sale, cu posibilitatea prospectării active a mediului înconjurător (deci „activist"), avînd subsisteme variate de obţinere a informaţiei : a) obţinerea informaţiei inverse (adică cea privitoare la desfăşurarea conform cu programul stabilit a activităţii sale direotivate spre un scop şi informaţii privitoare la finalizarea, la obţinerea rezultatului urmărit) ; b) obţinerea de informaţii curente privind preajma la un moment dat, pe care sistemul să le selecteze singur. Să mai considerăm sistemul nostru şi capabil de autoreprogramare în vederea obţinerii rezultatului şi că, o dată o sarcină primită, nu se opreşte pînă nu o rezolvă.

În general, astfel de sisteme sint modelabile astăzi teoretic şi practic (112, 113). Să presupunem că la un sistem ca cel de mai sus nu mai funcţionează subsistemul care ar trebui să informeze „corpul motivaţional" al sistemului despre terminarea acţiunii. În acest caz, deşi sistemul a funcţionat corect pînă la sfirşit, obţinînd rezultatul scontat, el poate, eventual, să reia de la început întreaga sa activitate orientată, repetînd-o ; şi aceasta deoarece, deşi din punct de vedere obiectiv a obţinut rezultatul urmărit, el nu a fost informat despre acest fapt. Un astfel de „comportament" al maşinii poate fi comparat cu unele *comportamente* ale bolnavului obsesiv : de exemplu, un anancast închide butelia de aragaz şi totuşi se întoarce de mai multe ori şi, verificînd, repetă gestul închiderii ei în ciuda încheierii efective a actului de la prima acţiune.

Totuşi, analogia e încă superficială, deoarece comportamentul de verificare nu reproduce complet actul iniţial, oprindu-se de obicei înainte de final. Actul stereotip ar fi mai apropiat de comportamentul maşinii în cauză. Cît despre ritualul repetitiv, el se aseamănă desigur cu modelul de mai sus, dar el e un act nefinalizat, nepractic şi de obicei conjurator antianxiogen ; în plus,

omul pune la un moment dat capăt repetițiilor sale. Nu știm pînă în prezent cum, prin ce structuri morfo-funcționale cerebrale se realizează la om informarea despre finalul reușit al unei acțiuni. Să intervină o alterare de ansamblu a funcționalității creierului, sau una specifică, sectorală? În acest proces, să joace un rol important nevroglia; să fie el dependent de mecanismele de memorie ale creierului? Poate cu timpul vom ști mai mult și mai precis. Pare însă foarte plauzibil ca un astfel de sistem funcțional să opereze în creierul nostru, iar alterarea lui să determine — poate — ceea ce psihopatologii au numit depersonalizare de fundal.

Să ne gîndim acum la eventualitatea modelării „pseudonecesității" de care vorbea Petrilowitsch. Pentru aceasta sistemul trebuie să fie în primul rînd capabil de „automontare" spre acțiune, cu autoprogramare. Majoritatea computerelor actuale *primesc* sarcini de rezolvat, iar după ce le încheie trebuie să primească altele, să fie programate pentru altele și declanșate pentru următoarele acțiuni. Să presupunem, însă, că sistemul construit se poate automonta pentru acțiuni variate, autodescentrîndu-se spontan. În acest caz, pentru a modela „pseudonecesitatea" trebuie să-i atribuim încă o capacitate, pe care s-o introducem printr-un corp funcțional și care să aibă posibilitatea și *libertatea de decizie* în sensul: am îndeplinit o acțiune — pot rămîne în repaus sau pot să încep alta automontîndu-mă. Doar distrugerea unui astfel de subsistem ar face sistemul să nu se mai poată opri după ce a rezolvat o sarcină și să treacă neapărat, automontîndu-se, la alta. Dar un astfel de subsistem, care ar putea — în măsura în care ar exista — să-și oprească *prin liberă decizie* o acțiune începută, determinînd intrarea în repaus, ar însemna deja un *primordiu de conștiință*. Cît despre „sentimentul" neterminatului (sau incompletitudinii), el presupune deja întreg ansamblul conștiinței reflexive.

Oarecum similară cu situația „pseudonecesității" ar fi și situația în care sistemul să înceapă un act și pe parcurs să-l părăsească, începînd un altul în urma „fascinării" sale de către o informație venită din exterior

şi care nu se mai subordonează „scopului" de a termina actul început şi aşa mai departe. Fenomenul ar fi similar unei modalităţi de comportament des întîlnită în arealul obsesiv, mai ales la psihastenic.

Eventualităţile comentate mai sus ne atrag atenţia asupra faptului că modalitatea unui sistem angajat în rezolvarea unei probleme, efectuarea unui act finalizant, modelează de fapt actul uman voluntar în ipostaza rigidului care-şi fixează un scop, imaginează un algoritm de acţiune şi-l urmăreşte perseverent pînă în final. E interesant că teoreticienii ordinatoarelor (114) găsesc că o deosebire de prim rang între acestea (aşa cum sînt realizabile actualmente) şi creierul uman e *insuportabilitatea greşelii* la maşini. Greşeala distruge maşina, pe cînd capacitatea de a exista cu tot coeficientul mare de erori ar fi caracteristică creierului uman (normal). Or, clinica ne arată că anancastul, la fel ca paranoicul, nu suportă greşeala. Dificultatea de a alege între două sau mai multe soluţii, proprie psihastenicului, e pînă la un punct şi ea modelabilă pe sistemul nostru. Obsesia însă nu. Şi aceasta pentru că obsesia, aşa cum se desfăşoară ea la om se defineşte printr-o parazitare a libertăţii elaborării motivaţiilor şi efectuării actelor, fiind în acelaşi timp o parazitare a cîmpului de conştiinţă. Iar pentru modelarea acestui fenomen e necesar a se opera pe un sistem dotat cu libertate deliberativă şi pe care e modelat deja cîmpul de conştiinţă ; şi la fel, în care e „inclusă" alteritatea, altul şi ceilalţi.

Referitor la cîmpul de conştiinţă despre care vorbeam mai sus ca fiind o condiţie de posibilitate a definirii obsesiei, corelarea structurii sale psihologic-fenomenologice cu datele de neurofiziologie e mai mult decît necesară. Reţinem sugestiile şi încercările de sinteză ale lui H. Ey (43) : „deschiderea" şi orientarea sa tematică ar fi în legătură cu activitatea substanţei reticulate : montarea sa afectivă, corporală şi de ancorare spaţială (scenic-dramatică) în legătură cu structurile talmo-diencefalice ; includerea sa în semnificaţiile personale şi în durata mnezică (care o structurează definitiv) în legătură cu structurile cerebrale temporalo-rinencefalice. Desigur, astfel de sinteze, din ce în ce mai adecvate

realității, reprezintă o sarcină perpetuă. O astfel de organizare globală a centroencefalului în corelare cu structurarea cîmpului de conștiință și care prin alterare poate da obsesia e desigur mult mai complicată decît harta pe care se inserau punctele de excitație stagnantă ale lui Pavlov.

Pavlov, încercînd să se refere nemijlocit la creierul uman, nu-și dădea seama că se referă de fapt — în mod aproape inevitabil — mai mult la un model al său. Poziția lui era deci — din acest punct de vedere — ambiguă. În același timp însă, Pavlov dorea să poată cerceta cît mai „obiectiv" activitatea creierului și în psihopatologie, să analizeze, să dea un tablou, o imagine ce ar putea insera acea „atingere cerebrală" recunoscută — sau înregistrată prin microsemne de expresie periferică — prezentă atunci cînd există și o simptomatologie psihopatologică. În acest sens, contribuția sa nu poate fi neglijată.

Factologia de corelație între o suferință cerebrală și un tablou psihopatologic merită a fi colecționată și analizată ca atare cît mai amănunțit, chiar fără neapărate interpretări.

Să revenim, deci, la legătura dintre obsesii și funcționalitatea alterată a creierului.

În lucrarea sa clasică din 1936, Binder (10) consacră un capitol separat pentru ceea ce el numea „obsesie organică". În afară de obsesiile legate strins de psihoza maniaco-depresivă și de schizofrenie, în acest capitol Binder mai introduce obsesia din epuizare, oboseală, febră și astenia infecțioasă. Apoi obsesiile din (și după) encefalita epidemică, precum și obsesiile din alte boli organice ale creierului. Pentru autorul german, în cazul obsesiilor organice s-a produs, în primul rînd, o anergizare generală cu sentiment de slăbiciune și gol interior; obsesia apare pentru a umple golul trăit (ca un *horror vacui*), utilizîndu-se material cutumier banal, mai ales repetarea obișnuitului, care e cea mai la îndemînă și care e cea mai comodă activitate. Această situație poate apărea cînd, de exemplu, tulburări metabolice sau toxine bacteriene produc o slăbire corticală (frontală) și subcorticală. De exemplu, autorul citează un caz de

obsesie a număratului şi obsesie interogativă, care apare într-un tifos exantematic, dar după apogeul bolii şi înainte de convalescenţă. Acest tip de obsesii ar depinde de o „insuficientă forţă a lucidităţii conştiinţei", cu alte cuvinte de o hipostructurare a cîmpului de conştiinţă. Cit despre obsesiile din encefalita epidemică, ele ar fi codiţionate în primul rînd de bradifrenia determinată de alterările subcorticale. În aceste împrejurări, instinctul de perseverare patologică ar fi exagerat.

Raporturile dintre obsesii şi encefalita epidemică au fost studiate mai ales de autorii germani (Burger, Mayer-Gross, Stern, Kehrer, Rumke, Allert şi Mayer). S-au notat la bolnavii de encefalită epidemică compulsii cu trecere la act (pseudofobie de impuls), unele idei fixe-obsesii, impulsuri verbale cu caracter coprolalic şi stări de ruminaţie mentală. Aceste simptome, în parte, ar ţine de unele modificări mai mult sau mai puţin paroxistice ale cîmpului de conştiinţă, uneori semănînd cu unele fenomene de tipul epilepsiei temporale. De asemenea, bradipsihia (pe care, în afară de Binder, o pune în discuţie şi K. Schneider şi A. Lewis) ar crea un cadru special al obsesiei organice.

Să urmărim şi alte concomitenţe psihoorganice înregistrate mai recent în legătură cu obsesia şi obsesivul.

Descrierea cîtorva cazuri (9) cu concomitenţă între diabetul insipid şi o „nevroză obsesiv-compulsivă", sugerează totuşi că ar exista un determinism comun, localizat în dereglarea creierului mediu şi a hipotalamusului, deci nu a cortexului (Barton, Severolls, 1965) (115). Pazzagli (1965) (116) publică un caz de anorexie mentală cu simptome compulsive, făcînd observaţii similare chiar cu referire la zone mai „inferioare" ale creierului. Roth şi colaboratorii (117, 118) descriu (începînd din 1959) o serie de cazuri clinice la care se instalează paroxistic stări de anxietate fobică însoţită de trăiri de tip depersonalizare paroxistică, *déja vu, déja vecu,* dar şi de unele fenomene (metamorfopsie, viziune panoramică) care apropiau cazurile de cele cu epilepsie temporală, de care totuşi se deosebesc prin EEG, test terapeutic etc. Autorii, după ani de studiu comparativ, individu-

alizează o formă clinică aparte de „nevroză fobică cu anxietate și depersonalizare", net distinctă de patologia epileptică cu sediu temporal. Ei sugerează că localizarea în lobii temporali a mecanismelor de control al trezirii anxietății e răspunzătoare de asemănarea dintre cele două tipuri de boli. Autorii presupun că diferențele ar proveni din faptul că în epilepsia temporală ar exista o leziune gravă focală, pe cînd în cadrul sindromului de anxietate-depersonalizare ar exista în această regiune „leziuni invizibile", care totuși canalizează organizarea nevrotică în acest sens. Preocupările în legătură cu modificarea de funcționabilitate cerebrală în obsesii sînt justificate de datele clinice care demonstrează :

— prezența în antecedente a unor boli neurologice, mai frecventă la nevroticul obsesiv decît la alți nevrotici (Grimshow) (119).

În același sens e de notat frecvența relativ mare a manifestărilor de tip obsesiv postencefalitic, în epilepsie (unde însă cele isterice sînt mai frecvente), în hipertensiune arterială — unde însă intervine frecvent o modificare a cîmpului de conștiință, posttraumatic, în involuție, demență etc.

Greger (1967) (120) studiază apariția de obsesii compulsive în scleroza cerebrală la vîrste înaintate. Acestea ar putea apărea chiar fără a se putea identifica o personalitate prealabilă de tip obsesiv. Fenomenele obsesive ar fi legate deci, într-un fel, de patologia organică cerebrală.

Gromska (1967) (121) subscrie la opinia că apariția multor sindroame nevrotice e precedată de existența unor leziuni ale țesutului cerebral (reacția la factorii psihogeni fiind în aceste cazuri o suprastructură funcțională în raport cu deficitul organic sau cu dezvoltarea defectuoasă a personalității, fundat în acesta). El relevă la 79 din 124 de cazuri nevroză, microsimptome lezionale certe. În continuare se referă la anxietate și obsesii, găsind în spatele acestor tablouri psihopatologice deseori microsimptome de leziune cerebrală. Toate

datele de corelație amintite pot da naștere la diverse interpretări. Amintim una din interpretările mai recente.

Fenomenul lezional ar interfera unele transmiteri de informație ; s-ar realiza „alterări segmentare ale circuitului informativ" cum spune Montserrut-Estève (122), de unde posibila alterare a informației privitoare la efect, cu consecutivele tendințe repetitive. Fenomenul umoral care acționează global — și nu segmentar ca în leziune — pare a interveni mai rar în obsesie și doar indirect, prin modificarea cîmpului de conștiință. El intervine, se pare, mai frecvent în depresiuni, condiționînd astfel indirect obsesii.

Papella studiază (1967) legătura periodică a sindromului compulsiv cu menarha (96), cu climacteriul, cu stări postinfecțioase puerperale. Etiopatogenic, ar interveni, nu numai factori psihogeni, ci și cei somatogeni, modificări endocrine etc. Principala problemă pe care autorul se vede nevoit să o discute cu această ocazie este însă cea a corelațiilor dintre sindromul obsesiv-compulsiv și cel depresiv. Factorii umorali joacă însă un rol important în fobii, dată fiind cunoscuta importanță a „trăirii corporalității" și a emotivității în organizarea fobiei. Au devenit clasice observațiile clinice ale lui Frankl, Ficarra, Nelson privind apariția secundară de fobii la hipertitoidieni, la care prin mecanism umoral se măresc acuitatea emotivă și sensibilitatea.

În legătură cu fobiile se mai menționează și alte concomitențe de modificare corporală sau de patologie organică. După Isaac M. Marks (Amer. J. Psychoter., 1970), ar exista 4 variabile fiziologice corelate semnificativ cu stările fobice, care se intensifică sau slăbesc în funcție de instalarea fobiilor : două sînt legate de rezistența galvanică a pielii — gradul de sensibilitate și gradul de adaptabilitate la stimuli succesivi ; apoi modalitatea formării și manifestării reflexului condiționat al clipirii ; în sfîrșit, tensiune arterială. După F. M. Pope (Practitioner, 1970), parazitofobia ar fi deseori corelată semnificativ cu lipsa vitaminei B_{12}.

Ca o concluzie provizorie ne este însă greu să formulăm date de etiopatogenie precise privind boala ob-

sesivă (în măsura în care o abordăm doar în perspectiva „persoanei somatice"). Trebuie deocamdată să ne mulțumim cu generalități și ipoteze vagi și să adunăm cu perseverență o factologie cît mai variată, vastă și edificatoare.

*

Personalitatea umană nu e de abordat, însă, numai din perspectiva organismicității sale biologice. Mai există perspectiva dinamică a structurării sale, a desfășurării sale fenomenologice, a inserției sale într-o structură social-umană dată, cu o axiologie proprie. Să urmărim cîteva din aceste aspecte în legătură cu obsesivul.

De multe ori, dezvoltările nevrotice de tip obsesivo-fobic (ca de altfel de orice tip) își pot avea punctul de plecare într-o persoană anormală sau într-o persoană cu un caracter puțin particular, dar care, pînă în momentul intrării în impas, pare normală în sens social ; în orice caz, fără potențialități morbide în fața anturajului. E posibilă deci existența acelor „normali discordanți" cum îi numea Kahn, care au undeva, în miezul persoanei, un punct vulnerabil, dar care nu e vizibil din cauza suprastructurilor normale supraetajate. În generalitatea ei, ideea este veche. La vremea sa, Esquirol spunea : „Noi dedicăm multă grijă formării spiritului și nu mai vrem să știm că inima trebuie și ea educată. Lipsa de educație sentimentală generează o vulnerabilitate în fața pulsiunilor adultului care la timpul său nu a fost educat".

Dar ce înseamnă această vulnerabilitate și ce specificitate poate avea ea ? Desigur că dezvoltarea biologic-genetică poate crea o astfel de vulnerabilitate, de predispoziție spre o anumită boală sau poate juca chiar un rol care atîrnă greu (ca, de exemplu, în cazul psihozei maniaco-depresive). Problema intervenției eredității, în sens de degenerare, a fost pusă cu toată tăria, la vremea sa, de Magnan. Dar o influență genetică *specifică* în cazul bolii obsesive apare în zilele noastre din ce în ce mai puțin plauzibilă. Amintim că nici pentru schizofrenie problema specificității transmiterii genetice nu e încă clară. Cel puțin ea nu a putut fi pusă în evidență, așa cum constata destul de recent Rudin, deși la vremea lor Bonhoeffer, Heilbronner, Stocker, Luxemburger au adunat un mate-

rial vast şi au încercat unele ipoteze. Cercetările de colecţie cazuistică continuă. I. M. Marks (*Brit. J. Psychiat.*, 1969) comunică un tablou obsesiv compulsiv la doi gemeni, care persistă şi după despărţire. Unii autori se mulţumesc să afirme determinismul ereditar al unei dispoziţii fundamentale în raport cu care boala obsesivă se poate constitui sau nu (Kehrer Stasmayer). În acelaşi sens, studiul recent al lui K. J. Neumarker (*Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 1970) insistă asupra caracterului identic la ascendenţi şi descendenţi.

Nu vom insista, deci, asupra problemei eredităţii bolii obsesive, deşi în formele grave „atingerea organică" ereditară a persoanei *pare* a fi indiscutabilă. Angajîndu-ne acum într-o altă perspectivă, afirmăm că sîntem întru totul de acord cu ideea lui Wallon (124) (şi nu numai a lui) că dezvoltarea psihică a copilului în primii ani de viaţă se desfăşoară paralel cu dezvoltarea somatică şi bineînţeles a creierului. Dezvoltarea embrionar-genetică a individului este una „întîrziată", continuîndu-se un timp apreciabil în viaţa extrauterină. Maturarea treptată a unor centri nervoşi găseşte astfel în ambianţă stimuli corespunzători, care favorizează, prin *feed-back*-uri creatoare, integrarea maturantă. Structurile în dezvoltare, negăsind ceea ce pretind prin potenţialitatea lor funcţională, se pot eventual „închide", devenind ulterior insensibile la stimuli. Desigur, problemele sînt complicate mai ales prin constatarea indubitabilă că individul uman în formare *pretinde* de la anturaj relaţia umană structurantă (şi nu doar securizantă, cum susţine psihanaliza ortodoxă).

În dezvoltarea biopsihologică a copilului, un prim moment important se încheie în jurul vîrstei de 3—4 ani. E vîrsta la care Freud plasează depăşirea complexului Oedip, cheie de boltă a personalităţii şi la fel a nevrozelor. Ne-ar plăcea să privim acest moment din altă perspectivă decît cea a peripeţiilor sexuale. Am utiliza limbajul lui Wallon :

„Către trei ani se produce un reviriment al copilului în relaţiile sale cu anturajul. Copilul adoptă un punct de vedere exclusiv şi unilateral, *al său*, cel al unei „personalităţi" particulare şi constante, avînd perspectiva sa pro-

prie şi distribuind pe ceilalţi în raport cu sine. Aceasta devine posibil prin faptul că el încetează de a se mai confunda cu conţinutul percepţiei sale, incetînd de a fi ca şi flotant şi dispersat între diverse părţi cu care este amestecat, retrăgîndu-se din ceea ce nu este el însuşi, disociind experienţa după categoriile de eu şi non eu ; proces care presupune şi o dedublare vizavi de experienţa concretă ... Copilul face dovadă treptat de o independenţă tot mai mare în reacţiile sale şi în metodele sale de acţiune ; el nu reacţionează numai la impresiile prezente, ci şi la imaginile ce le-a păstrat în memorie, la reprezentările ce şi le formează. Raţiunea sa de a fi gelos, neîncrezător, recunoscător este mai bine determinată, mai consistentă, mai durabilă, se bazează pe noţiuni stabile, mai capabile de a rezista fluctuaţiilor momentane ale sensibilităţii şi dispoziţiilor subiective.

Returul către stadii mai puţin diferenţiate ale conştiinţei personale, către confuzia relativă între sine şi altul, către mimetismul afectiv poate fi favorizat de boală, de oboseală sau de simplă distractibilitate, ori printr-un abandon progresiv care dă preponderenţă intuiţiilor şi sensibilităţii elementare a vieţii afective".

Deci, perioada din jurul vîrstei de 3—4 ani e o perioadă de sinteză a realizării individualităţii, a independentizării. Psihanaliza spune indirect acelaşi lucru : acum se realizează luarea de atitudine a individului copil cu o conştiinţă de sine diferenţiată sexual, faţă de obiectele *(Gegenstand)*, indivizi, părinţi, şi ei diferenţiaţi sexual. Corelativ şi implicat acestei luări de atitudine se manifestă complexul de castraţie, care presupune conştiinţa propriului corp ca ceva distinct şi diferenţiat (sexual) de alte corpuri. Pentru psihanaliză, momentul de la 3—4 ani are mai puţin semnificaţia „structurării nucleare", cît semnificaţia încheierii unui proces de dezvoltare a sexualităţii infantile. Totuşi, nuclearitatea momentului oedipian e intuită de psihanaliză, care caută să explice prin „încorporarea unui obiect rău" împiedicarea coagulării poziţionale a „individului-eu" ca prim sistem al personalităţii, net independent, în jurul vîrstei de 3—4 ani. Pentru aceasta, psihanaliza studiază dezvoltarea „relaţiilor obiectale" ale copi-

lului în primii ani de viață. Iată, după Lebovici (125), pe scurt, oum se construiesc, conform psihanalizei mai recente, relațiile obiectale la copil.

Cînd obiectul libidinal din faza narcisică se găsește în subiectul însuși, se exteriorizează ulterior (acest limbaj seamănă mult cu cel al lui Fichte, unde eul se pune, într-o etapă, ca obiect). Obiectul este investit și trăit înainte de a fi perceput. Prima relație obiectală exterioară se produce în diada mamă-copil între care se stabilește o comunicare permanentă (relații tranzacționale). Sursele de informație reciprocă pot avea valoare de indice, semn, semnal, simbol. Inițial, comunicarea e preverbală și se realizează un proces de „învățare umană" prin matricea de comportament a mamei. La 8 luni se realizează un „gestalt" al facies-ului uman, dar există și un „pregestalt" al acestuia. În această simbioză, legată prin relații „tranzacționale", mama poate avea valoare pozitivă sau negativă. Oricum, primele etape ale relației obiectale se bazează pe „încorporarea obiectului". Încorporarea unui obiect rău ar duce la „sciziune intrapsihică", care ar sta la baza atitudinii schizoide. În orice caz, *libidoul caută obiectul și nu plăcerea.* Această diferențiere netă de psihanaliza ortodoxă relevă o influență a fenomenologiei. Privită din perspectiva relației obiectale, evoluția libidinală a copilului s-ar eșalona astfel :

I. Stadiul de dependență infantilă ; duce la comportamentul de a prinde, a primi. Aici avem două substadii :

a) oralitate precoce : a suge și a încorpora (preambivalență) ;

b) oralitate tradivă : a distruge și a încorpora (ambivalența).

II. Stadiul de tranziție (între dependența infantilă = = a primi și dependența adultă = a da). Substadii :

a) obiect tranzacțional ;

b) rejecția obiectului încorporat.

III. Stadiul de diferențiere adultă :

a) atitudinea de a da ;

b) rejecția obiectului încorporat.

Evident, diversificarea interioară nu lărgește baza sistemului psihanalitic, care rămîne claustrat în pro-

blematica relațiilor interpersonale, în raport cu care corporalitatea și ansamblul lumii sînt doar apendice. Totuși, trebuie relevată această migrare a problematicii, în cadrul psihanalizei, de la principiul permanentei fugi (a sistemelor motivaționale ale individului) după homeostazia pașnică a plăcerii netulburate de confliote, spre problematica diferențierii și atitudinii față de obiectul uman, a eului în formare.

În legătură cu evenimentul de la 3—4 ani, care pare a fi conturarea unei schițe ce se va definitiva ulterior, dorim să subliniem două lucruri. Pe de o parte, necesitatea profundă și definitorie a eului de a fi fundat într-un *in-dividum*. În al doilea rînd, că această constituire realizează de la început un individ *orientat* în raport cu lumea. Iată care ar fi (după Mucchielli și Bourcier) (126) condițiile formării individului orientat în raport cu universul :

Centrul de referință este corpul și în raport cu propriul corp, ca loc și sediu al subiectivului, universul se structurează tot mai diferențiat și mai orientat.

O primă condiție e asimetria a tot ceea ce înseamnă (și derivă din) corporalitate și care e dată de dominanță, lateralizare (lateralizarea de acțiune e segmentară și poate fi încrucișată : ochi director sting la un dreptaci etc.). Deși problema nu a fost studiată în amănunțime, la psihastenic și anancastul malign mai ales există certamente tulburări în sfera dominației.

— O altă condiție e dezvoltarea schemei corporale, dezvoltare ce se încheie de obicei la 12—14 ani și care e baza încărcării individului cu scheme motorii virtuale. Descoperirea sexului la 4 ani duce la o diferențiere a orientării în raport cu alții. La 5 ani, prima schiță a schemei corporale e cîștigată și devine posibilă identificarea autentică cu alții (de obicei cu părinții), adică posibilitatea de a-i reprezenta în absență și a-i imita, identificîndu-se cu imaginea lor.

Orientarea temporo-spațială (structurarea orientată a spațiului și timpului). Stabilizarea spațiului trăit se face prin intermediul corporalității, care e un centru de referință pentru spațialitate. A se orienta în timp e posibil

abia după 6—7 ani. Orientarea spațio-temporală e strins legată de act, pe care-l subtinde, la fel ca schema corporală, dar într-o altă manieră, cea a asigurării condițiilor de univocitate, fermitate și eficiență a actului pe baza „ancorării" individului în spațiul lumii înconjurătoare și în spațiul implicat ca o omogenitate liberă și accesibilă. Prin act individual se „actualizează", se creează actualul (această breșă structurantă a timpului într-un trecut și un viitor), se creează sentimentul trăirii în actual. Actualitatea se realizează prin act, dar presupune un prealabil sol de structurare a temporalității în persoană, într-o orientare univocă. Această structurare orientată a spațiului și timpului e și ea defectuoasă în diversele ipostaze ale bolii anancaste, de la lipsa sentimentului actualului, echipotențialitatea spațiului care nu mai e orientat prin ancorarea individului activ și pînă la spațializarea ritualică a psihismului, care trăiește într-un spațiu — timp amorf și monoton.

Stabilizarea valorilor. Actul intențional are ca dimensiuni, nu numai corpul, spațiul și timpul. El implică și anumite semnificații pentru conștiință, o valoare, fiind în același timp încărcat de afect. În ontogeneză, individul are nevoie pentru structurarea orientată a persoanei sale de : repere afective ; stabilizarea limitelor (accesibil-inaccesibil) ; stabilizarea valorilor ; o amploare suficientă a spațiului vieții. În existența sa orientată, el reușește astfel o polarizare a investismentelor afective, o reprezentare despre repartiția rolurilor parentale și apoi a diverselor roluri sociale.

Conducerea orientării în activitatea intelectuală. Aici trebuie avute în vedere : a) capacitatea orientării între diversele puncte de vedere ; b) posibilitatea de a menține stabilă o referință ; c) percepția raporturilor dintre diverse aspecte ; d) a descoperi raporturile esențiale ale structurilor care explică ansamblul, sensul.

Toate aceste aspecte menționate sînt profund tulburate la structura anancast-psihastenică. Faimoasa nesiguranță de sine a autorilor germani se referă tocmai la această distorsionare a raportării orientate a individului spre realitate : nesiguranță de lateralizare, nesiguranța schemei corporale, nesiguranță în orientarea temporo-spațială și

mai ales nesiguranță în stabilizarea valorilor, a ordonării lor univoce, de la ordonarea afectivă la criteriul moral. și ulterior, nesiguranța, lipsa structurării ordonate care să facă posibilă orientarea activității pe plan intelectual. *La obsesiv, universul individului, în loc de orientat, tinde să devină echipotențial,* de unde deruta, nesiguranța, precum și compensarea sau supracompensarea acestora într-o blindare rigidă a unei ordini exterioare, canonice, ritualice.

Dar, în mod normal, universul se constituie ca orientat la copil, o dată și concomitent cu structurarea sa ca individ. Cauzele care pot perturba acest proces și deci care să ducă la realizarea unui individ neindependent și neorientat activ, deci nesigur, sînt multiple. Unele dintre cele mai importante par a fi cele ce decurg din relațiile interindividuale ale copilului, relații care sînt structurante, tocmai pentru că principala și fundamentala individualizare și detașare pe care trebuie să o realizeze persoana umană e formularea sa ca un subiect care are în față un „obiect, care este și el subiect". Nenumărate perturbații se pot produce la acest nivel al comunicării primordiale dintre copil și persoana umană adultă care se ocupă de el. La acest nivel există incontestabil și o comunicare neverbală, afectivă, structurantă. Psihanaliza are meritul de a fi deschis acest orizont de studiu, dar problema trebuie discutată în afara dogmatismului terminologic și doctrinar al psihanalizei. Să urmărim, împreună cu Arieti (127) și Häffner (128) cîteva posibilități :

Părinți anxioși : anxietatea se transmite copilului și se creează cercuri vicioase.

Inconstanța părinților în stabilirea pedepselor și recompenselor, afective : copilul este dezorientat, nu știe care acțiune e bună.

Comunicări cu *double blind* (Beatson, 1958) : copiii primesc de la părinți un mesaj nuclear sau echivoc și sînt pedepsiți pentru orice fleac.

Părinți foarte autoritari, care intervin și optează ei în permanență pentru copil, inhibîndu-i dezvoltarea inițiativei ; părinți care impun prea multe interdicții ; sau

copilul este pedepsit prea grav, disproporționat, ajutat prea rar; copilul este pedepsit fără motiv (e țap ispășitor).

Părinți farisei, cazul clasic studiat de Stekel la obsesivi.

Părinți care nu iubesc copiii sau prezintă o indiferență față de ei, ceea ce produce derută.

Desigur că sistemul etic al individului se formează prin maturarea sa și preluarea, într-o formulă independentă și proprie, a criteriilor morale ale grupului social și ale societății. Situațiile menționate mai sus relevă doar necesitatea unei atitudini afectuoase și pline de iubire din partea părinților în formarea individului, ca avind un nucleu de independență, cu o substanță afectivă proprie, capabil de a avea un fundament pentru a structura ulterior un univers de valori morale. Dacă această structurare inițială e deficitară, edificiul ulterior se va construi și el defectuos. În lipsa unui individ independent, cu o proprie și distinctă substanță afectivă și orientat în raport cu lumea, ulterioarele valori spirituale cu care va intra în contact prin creșterea liniară a vîrstei nu vor avea de cine să fie metabolizate, va lipsi subiectul care să facă din ele valorile *sale* și vom avea de-a face, fie cu un tolerant indecis, cu opinii și atitudini mereu schimbabile, fie cu un blindat care *lipește de el valorile* spirituale, dar care nu le poate transforma în ceva personal. Ele sînt vehiculate în abstracția lor exterioară, individul nestructurat nefiind decît portantul unor principii rigide, adică un perfecționist inuman.

Discuția purtată pînă aici nu luminează însă specificitatea caracteriologică sau clinică a persoanei umane din perspectiva din care am abordat-o noi. Pentru aceasta, să revenim din nou la momentul-cheie, la momentul formării individului-eu, orientat pozițional în raport cu lumea. Acest moment îl putem privi din două perspective. Prima e cea a separării de similitudini și de anturaj, de cîștigare a acelei distanțe ce face posibilă subiectivitatea și eul; această separare nu e posibilă decît prin luarea de poziție față de exterior, în sensul negării acestuia în perspectiva propriei constituiri. Eul constituit neagă restul, spune „nu", nu suportă alteritatea,

căci aceasta i-ar suprima independența abia cîștigată; și de aceea suprimă pe celălalt, „ucide" (bineînțeles intențional, inconștient). Hegel (129) a intuit acest fapt în „Fenomenologia spiritului", cînd analizează primul moment al conștiinței în constituire ca fiind legat de iminenta crimă. Agresivitatea realizează coeziunea internă necesară unui individ și de aceea ea se montează de cîte ori persoana e în pericol vital. La fel, agresivitatea se pune pe tapet de cîte ori eul tinde să se afirme. Psihologia modernă interpretează, ca avînd un reziduu agresiv, tot ce e tendință de afirmare (și deci act pozitiv). Purtînd această discuție, vrem să atragem atenția că individul în devenire, în constituire are inevitabil o vină de agresivitate. De aici poate deriva toată discuția despre agresivitatea funciară „de criminal" (Stekel) a *anancastului, care nu are un eu constituit* și după constituirea căruia aleargă. *Agresivitatea sa e doar un simptom al acestei neconstituiri* și tendințe de constituire. Agresivitatea sadic-anală a lui Jones (20) nu are în psihanaliză valoare decît prin complexul Oedip, deci prin raportare la o fază ulterioară, adică cea a constituirii eului. Deci, din punct de vedere structural, anancastul se află în postura celui care nu și-a închegat încă primordiul de individ. Iar existența lui este, fie o fugă după această constituire prin lansare în muncă și supralicitarea ordinei, fie o expresie a acestei neconstituiri, prin nesiguranță, agresivitate liber flotantă sau perfecționism abstract, inuman.

O a doua perspectivă este cea a identificărilor din care individul se decantează ca atare. O dată cu momentul-cheie al individualizării sale, identificarea, nu numai că nu e suprimată, ci de abia își cîștigă adevăratul ei suport, adică cel al posibilității identificării cu un altul. Perioada vîrstei dintre trei și patru ani (deci perioada complexului Oedip) este concomitent o perioadă agresivă exprimată prin opoziționism (și, în psihanaliză, prin uciderea fantasmatică a tatălui) și în același timp o perioadă a identificărilor veritabile și de durată cu altul. Aceste identificări fac posibilă preluarea lumii valorice pe care celălalt o poartă. O dată ce identificarea cu alt om devine posibilă după 3 ani, mecanismul se

menține și se complexifică treptat. Aceste identificări vor îmbogăți individul în formare cu posibilitatea relației interpersonale, dar și cu luarea celuilalt, în care cel ce se identifică se introduce și apoi treptat și-o însușește.

În această epocă, individul, eliberat de imperativul categoric al constituirii sale ca eu, se deschide mai mult spre lume, iar imaginarul își trăiește epoca sa de glorie. Acum, problema constituirii eului este undeva în „spatele" frontului de trăire al persoanei. În fața ei e imaginea cu care se identifică și lumea pe care o imaginează. Perioada este cea care în dezvoltarea normală a persoanei are cele mai multe tangențe cu structura și modalitățile isteriei, constituind ceea ce s-ar putea numi „nivelul" isteric al oricărui om.

Între aceste două domenii, ca o cumpănă a apelor, stă momentul în care tocmai se realizează structurarea de individ-eu a persoanei. Acest moment, care desigur nu este precizabil strict în timp, își împrumută trăsături din ambele versante; pe de o parte e prezentă crisparea cvasiagresivă pe ordine și pe nevoia delimitării de rest; pe de altă parte, structura deja închegată își poate permite luxul prezenței printre alții, a angrenărilor emotive și imaginare. Venind dinspre anancast, la acest nivel individul se va organiza prin permanența muncii bine delimitate, terminate și ordonate; deschizîndu-se spre viitor, individul, în acest moment, e predispus spre identificare și trăirea abulică a imaginarului. Acest moment, credem noi, este momentul care circumscrie arheologic structura fobicului.

Pornind de la etiopatogenie, am ajuns astfel la o discuție ce friează ontologia. Abordarea atitudinii omului anancast nu se poate termina, însă, într-o abordare a primordiilor de constituire a persoanei. Eul, prezent într-o lume, într-un univers orientat, se formează de-a lungul anilor. Pubertatea și adolescența, perioade care repun în discuție preluarea de către individ a lumii umane, valorice și închegate social, productiv și responsabil, reprezintă o altă perioadă dificilă. De-abia la capătul ei se poate face un bilanț. În socio-cultura noastră, între 18 și 24 de ani, persoana intră în maturitate. Acum

se pot cerceta caracteriologia, nivelul şi structura valoric-intelectuală şi eventuala structurare anormală a persoanei. Şi ulterior însă, persoanele fragile sau aparte structurate pot exista încadrate în trama socio-culturii, fără distanţare social-izolantă, fără criza de tip nevrotic sau psihotic. De exemplu, prezenţa unui nivel cultural în care predomină ritualurile şi structurile fixe poate conveni anancastului. De asemenea, o societate care nu solicită prea mult afectiv-interpersonal individul uman, cum tinde să devină societatea tehnicistă, poate conveni şi ea structurilor de tip obsesiv, după cum poate decompensa istericul. Pe de altă parte, lipsa de forme fixe şi certitudini clare, dinamismul şi permanenta mişcare a situaţiilor sociale îl pot decompensa. Desigur, ar fi exagerat să spunem că modelele culturale creează nevroza umană. Dar se poate spune în mod sigur că fără aceasta nevroza umană n-ar exista.

Ar mai fi de menţionat determinarea obsesiilor şi fobiilor ca trăiri. Ele apar în cadrul angajării persoanei în evenimente. Mare parte din fobii sînt învăţate prin experienţă personală în cadrul social. La fel şi o serîe de ritualuri. Ceea ce face ca obsesia şi fobia din trăire normală să devină fapt de patologie este contextul psihologic în care se desfăşoară. De aceea s-a insistat mai mult asupra alterării persoanei în ansamblu.

2. TRATAMENT

Tratamentul în nevroza obsesivă, la fel ca şi prognosticul, depinde de cadrul nosologic cu care avem de-a face. Un caracter anancast, psihastenic sau fobic nu are nevoie de tratament, ci doar de unele indicaţii de viaţă şi de o anumită încadrare socială. Un impas nevrotic va avea nevoie de un tratament psihoterapic şi medicamentos diferit de cel al bolii anancaste.

Psihoterapia. Persuasiunea liniştitoare şi autoritară e singura metodă psihoterapică pe care o găsesc eficace în cazul nevrozei obsesiv-compulsive, Th. Balseu Olsen şi Eina Geert-Jorgensen, într-un studiu publicat în 1959 (131). În orice caz, stabilirea relaţiilor interpersonale pro-

funde (afectiv), fapt necesar oricărei psihoterapii, e dificilă la obsesiv. Psihoterapeutul trebuie totdeauna să păstreze o distanță autoritară, fie că e vorba de o structură personalistică mai mult anancastă, psihastenică sau fobică. Persuasiunea se înscrie în cadrul mai larg al psihagogiei. Cel puțin fobicul și psihastenicul au nevoie de o conducere care, neoferind soluții concrete, să susțină totuși obligativitatea angajării în act. Mai ales derutele anxios-obsesive ale psihastenicilor au nevoie de o directivare energică, în lipsa căreia psihastenicul se poate prăbuși din panică în panică, după mecanismul bulgărelui de zăpadă. Psihastenicul este deseori sugestibil și de această sugestionabilitate psihoterapeutul trebuie să se folosească. La anancast, persuasiunea și psihagogia trebuie conduse indirect, mai mult sugerate, dat fiind spiritul de independență și de opozitivitate al acestuia. Chiar și la boala anancastă psihagogia și persuasiunea joacă un rol de prim ordin.

În relațiile psihoterapice cu anancastul ar trebui să se țină seama de următoarele (după Pujol și Sauvy) (94) :

1. Obsesivul se adresează deseori medicului, fie pentru a cere soluții magice, fie „rețete" pentru a se debarasa de trăirile sale neplăcute, știind mai mult sau mai puțin clar că un răspuns direct pe acest plan nu e posibil și dorind doar ca terapeutul să fie personaj auxiliar al nevrozei sale. Mai important este ca terapeutul să-l învețe pe obsedat cum să pună problema (existenței și suferinței sale), decît să i se ofere un răspuns direct la solicitările sale.

2. Obsesivul este un om fidel. De aceea sînt indicate contactele periodice cu un singur terapeut (păstrîndu-se, desigur, distanța cuvenită). Trecerea pe la mai mulți terapeuți îi creează un sentiment de nesiguranță, îl deconcertează.

3. Obsesivul nu suportă expresia liberă a emoțiilor, agresivitatea altuia și frustrarea de comprehensiune.

4. Conduite de evitat :

— atitudinea de susținere și gratificare simplistă ;

— atitudinea de simplă înviorare și directivare spre activități anodine ;

— interpretări globale ale situației sale, care sînt repede admise de bolnav, dar strict intelectual ;

— o apropiere prea rapidă a terapeutului de intimitatea pacientului.

5. Atitudini favorabile :

— a se da, cel puțin la început, unele asigurări liniștitoare ;

— a păstra totdeauna atitudinea de neutralitate binevoitoare ;

— a păstra în permanență o anumită distanță în contactul stabilit cu bolnavul. În același timp e necesar a se angaja discuții directe cu bolnavul și a nu se păstra conversația pe plan intelectual ;

— terapeutul trebuie să știe să suporte o lungă perioadă fără evoluție favorabilă evidentă ; deseori, în ciuda acestei situații, o evoluție subterană se produce totuși, cu efecte favorabile, care la un moment dat ies la iveală. Psihoterapeutul nu trebuie să demisioneze niciodată.

Prin simplă psihoterapie de discuții, psihagogică, persuasivă, puțin analitică sau logoterapică, susținută suficient timp, se pot obține ameliorări în sensul diminuării tonalității penibile a simptomelor sau chiar a diminuării obsesiilor. În orice caz, legătura terapeutică trebuie menținută cît mai mult timp și întreruptă lent.

Unii autori (Leonhard) (132) preconizează, mai ales pentru fobici și compulsivi, dar în general la obsedați, o psihoergoterapie tot directivată, dar foarte energică ; a ocupa tot timpul liber al pacientului cu activități diverse, a-l angrena voluntar în situațiile temute sau penibile, la început însoțit de psihoterapeut, apoi tot mai mult independent. Această terapie pretinde un serviciu special amenajat și o precaută desfacere a transferului. Ea se aseamănă mult cu terapia preconizată de Kretschmer pentru nevroze.

Din experiență proprie putem spune că „treiningul autogen" (după I. H. Schultz) este o psihoterapie deseori utilă la obsesivi. Obsesivii parcurg destul de ușor și rapid etapele antrenamentului autogen, poate datorită autospecției ce le este familiară. Acesta, pe lîngă liniștirea

anxietății și antrenamentul structurării orientate a cimpului de conștiință, mai reprezintă și un excelent ritual liniștitor pentru pacient.

Psihoterapia de inspirație adleriană poate avea excelentă indicație în formele minore de nevroze, fie încadrată într-o logoterapie (tip Frankl), fie într-o manieră mai analitică. Anancastul trebuie să ajungă să fie conștient de orgoliul său, fie printr-o brutală dezvăluire a acestuia, fie printr-o treptată luare de conștiință. Autoînțelegerea sa ca un orgolios nu trebuie însă să devină o orgolioasă autoacceptare sau o sursă pentru sentimente de culpă. Autoidentificarea orgoliului, creator de tensiuni, trebuie să fie imediat convertită în soluții practice (de încercat) în cadrul psihagogiei generale.

Psihodrama are excepțională valoare pentru obsesiv, cu condiția de a fi acceptată de aceasta și de a se putea desfășura un timp suficient de îndelungat. Psihodrama nu este însă o procedură psihoterapică de început, ci mai mult de consolidare și finisare. Valoarea sa constă atît în rezolvarea unor conflicte, cît și în dezinhibiția generală a persoanei și antrenamentul în vederea construcției unei persoane mai degajate și mai libere. Psihodrama e o oglindă în care anancastul se poate vedea fără prea multe analize și interpretări ale psihoterapeutului și prin care își poate reformula persoana. Rezultate bune prin psihodramă comunică recent H. Straub (*Z. Psyhoter. med. Psychol.*, 1969).

Psihoterapeutul poate interveni psihagogic și rupînd unele cercuri vicioase în care pacientul este prins : indicația de renunțare la unele ambiții absurde, de schimbare a unui domiciliu care a devenit un topos malefic, de suportare a unei situații apăsătoare și penibile pînă cînd aceasta s-a clarificat. Făcînd indicații de acest fel, psihoterapeutul își asumă, desigur, o importantă responsabilitate și trebuie să fie alături de pacient pînă cînd acesta își găsește o nouă formulă de viață.

În general, psihoterapia nevrozei obsesive oscilează între tendința de tratare a simptomului și tendința sau accentul pus pe tratarea structurii de ansamblu a per-

soanei ; faptul se reîntîlneşte în psihoterapia isteriei şi în general în orice psihoterapie a nevrozelor. Adevărul e că o psihoterapie care să atace direct simptomul (cum face, de exemplu, în mod şarjat Leonhard) nu poate fi respinsă de la început, pe de o parte datorită posibilului efect secundar asupra persoanei, pe de altă parte deoarece o astfel de abordare poate fi uneori încadrată într-o abordare psihoterapică mai de ansamblu. S-au dezvoltat diverse tehnici de psihoterapie axată pe simptom. De exemplu, Hans O. Getz (1962) (134), preluînd o idee a lui Frankl a folosit terapeutic o tehnică a „intenţiei paradoxale". Autorul pleacă de la constatarea că multe simptome fobice sau compulsiv-obsesive se dezvoltă în avalanşă pe măsură ce pacientul caută să le evite sau luptă împotriva lor. De exemplu, ereutofobia se dezvoltă cu atît mai intens şi roşirea se produce cu atît mai sigur, cu cît pacientul caută să nu se gîndească la această eventualitate sau luptă împotriva ei (de fapt, un fenomen de tip Carpenter). Autorul, în calitate de psihoterapeut, recomandă ca pacientul să caute să-şi provoace singur, voluntar, simptomul (fobic sau compulsiv-obsesiv) temut, ceea ce nu va reuşi, la fel cum nu reuşeşte să-l oprească voluntar. Prin această tehnică dispare frica de simptom şi secundar simptomul se jugulează. Autorul prezintă 6 din 24 de cazuri tratate cu succes, după această tehnică, în decursul a 4 ani. Tot cu „intenţie paradoxală" tratează obsesivii F. N. Benedikt (Disertaţie, München, 1968).

Hipnoza a fost folosită cu succes la fobici ; un studiu asupra strategiei tratamentului prin hipnoză publică recent S. L. Horowitz (*J. Abnorm, psychol.*, 1970).

În ultimii ani se studiază intens tratamente de desensibilizare şi decondiţionare la obsesivi şi fobici. Actul ritual este inhibat, fobiile speciale modelate, astfel încît situaţia patologică să fie uşor la îndemîna pacientului care exersează „decondiţionarea". Dispariţia unui simptom obsesiv sau fobic este considerată ca fapt pozitiv, chiar dacă fondul personalistic nu e modificat semnificativ.

De fapt, însăşi psihanaliza ortodoxă pleacă de la simptom, dar nu cu intenţia anihilării sale, ci folosindu-l ca suport pentru analiza structurii personalităţii. Experienţa acumulată de-a lungul zecilor de ani a demonstrat însă următorul fapt : cura psihanalitică clasică nu este eficace în nevroza obsesivă gravă, iar în formele uşoare, alte tehnici, mai simple, sînt la fel de eficace, cu mai puţin efort şi risipă de timp. Cura clasică, cu cite 2—3 şedinţe pe săptămînă de-a lungul a 3 ani (în medie), cu o atitudine a medicului de „neutralitate binevoitoare" are foarte rare rezultate pozitive, aşa incît o mare problemă pentru psihanalişti — în faţa numeroaselor eşecuri înregistrate — este alegerea cazurilor. Din cînd în cînd, unii autori mai raportează unele rezultate pozitive, care sînt însă greu de distins de posibilele remisiuni spontane. În schimb, nevroza fobică pură se pare că se pretează mai bine la o cură psihanalitică. În orice caz, sînt raportate chiar şi în ultima decadă destule rezultate pozitive. Adevărul este însă că şi nevroza fobică poate fi abordată destul de bine psihoterapic şi nepsihanalitic ortodox. Tot mai frecvente sînt încercările de a lărgi cadrul şi metodele psihanalizei ca psihoterapie. Astfel, de exemplu, Emil A. Gutheil (1959) (135), după ce subliniază că terapia nevrozei obsesive îşi află locul undeva între cea a psihozei marginale şi a nevrozei de caracter, subliniază că terapeutul, pe lîngă faptul că trebuie să rămînă relativ pasiv, dînd pacientului şansa de a interpreta majoritatea ritualurilor el însuşi, *trebuie să fie în acelaşi timp un îndrumător.* El trebuie să opereze cu metode reeducative, să apeleze la logică şi bunul simţ ; trebuie încurajată munca, expresia artistică, preocupările ideice ale pacientului în direcţia obţinerii unor rezultate efective. Scopul principal al terapiei rămîne (tot în limbaj şi perspectivă psihanalitică) întărirea eului şi a colaborării dintre eu şi sine. Pacientul are nevoie să-şi mărească forţa încrederii în sine, chiar cînd are un simţămînt magic al

omnipotenţiei (pe care analiza trebuie să-l demistifice). Apoi trebuie analizate apărările specifice ale pacientului şi dezvăluită matricea lor.

Psihoterapia nu poate fi, desigur, o operă canonică. Asupra acestui lucru insistă Leo Salzman (1966) (136) în legătură cu obsesivul. Psihanaliza clasică nu poate fi (singură) eficace — spune Salzman. E necesară, în cazul nevrozei obsesive, o tehnică psihoterapică deschisă şi flexibilă, fără reguli precise de procedură, psihoterapeutul rămînînd liber să încerce orice schimbare în procesul terapeutic pentru a contracara tendinţele obsesive ale pacientului, *pentru a da o experienţă* obsesivului, pentru a-l face capabil să tragă concluzii spre a-şi schimba *pattern*-ul său obsesiv. Cîteva principii trebuie însă urmate, şi anume : psihoterapia trebuie să descopere şi să elucideze baza sentimentului excesiv de nesiguranţă, care necesită garanţii absolute înainte ca acţiunea să fie făcută ; trebuie să se demonstreze prin interpretare repetată şi *încurajare către acţiune* că aceste garanţii nu sînt necesare. Mersul înainte e posibil numai cînd pacientul poate să-şi dea seama că anxietatea e universală şi omnipotentă şi nu poate fi eliminată din viaţă ; aceasta înseamnă *a-l determina pe pacient să abandoneze toate încercările de performanţe supraumane şi să-şi accepte umanitatea cu limitele ei intrinseci* (ceea ce nu înseamnă mediocritate, ci adevărată libertate, fapt ce trebuie elucidat în faţa pacientului). V. Mayer (1966) (137) propune şi el la ritualici o psihoterapie bazată pe modificarea speranţelor absurde (în legătură cu studiul a două cazuri).

În încheiere, cîteva remarci rezultate din propria activitate psihoterapică legată de cazuistica la care ne referim.

Impasurile şi dezvoltările nevrotice ce se dezvoltă la o structură caracterială anancastă, psihastenică sau fobică, pot beneficia de o psihoterapie diferenţiată. Pentru anancaştii deveniţi nevrotici, treningul autogen, alături de o psihoterapie logoterapică (în sens Frankl) ne par cele mai eficace. Pentru nevroticii psihastenici, persuasiunea (psihagogia), direcţionarea energică şi chiar su-

gestia (mai ales armată) sînt foarte utile, mai ales pentru depăşirea momentelor critice. Pentru fobici, cea mai eficace metodă ne-a părut o psihoterapie care începe cu narcoanaliză, care e continuată apoi raţional şi directivat, trecîndu-se treptat la metode pe care pacientul le poate folosi singur. Pentru toate modalităţile de impas şi dezvoltare nevrotică amintite, psihodrama este foarte utilă pentru consolidarea tratamentului. O psihoterapie exagerat directivată sau un transfer excesiv pot fi dăunătoare. Pentru marele obsesiv (boala anancastă), atitudinea psihoterapică ce ne-a apărut cea mai indicată a fost o psihagogie continuată cît e necesar, dublată de o terapie intensivă, care uneori poate avea aspectul unui „ritual purificator". Pentru fobic, o consolidare a schemei corporale prin gimnastică medicală specială ne-a dat bune rezultate.

Alte tratamente. Terapia „somatică" în nevroza obsesivă nu are multe indicaţii specifice. Ea trebuie făcută, de asemenea, în funcţie de aspectul calitativ al suferinţei şi de gravitatea ei.

Terapia anxiolitică este totdeauna utilă ca adjuvant fără ca de la ea să se spere schimbarea radicală a situaţiei. Mai ales la fobicii emotivi ea e indicată, cu excepţia fobiilor de medicamente, Clordiapezoxidul (Napoton) în doze de la început mari (7 tablete pe zi, descrescînd apoi) ne-a dat bune rezultate în această grupă, singur sau asociat. Marchais (138) notează bune rezultate la doze mici, ceea ce noi nu am prea observat. Se mai notează în literatură ca avînd unele rezultate bune Diazepamul, Oxazepamul, precum şi Clorprotixen, Tioridazina, Dixirazida (139). Cu anxioliticele ar putea fi asociate şi unele neuroleptice incisive (Stelazin, Dartal). Alături de tratamentul simptomatic sedativ sau hipnotic mai dau rezultate bune (pe care le-am observat în cazuistica noastră) şi blocări vegetative pluritopice, cu combinaţii de : Emetiral, Bergonal, Hiposerpil, Meprobamat, Levomepromazin şi Fenobarbital, toate în doze mici. Tratamentul simplu cu Levomepromazină nu am observat să aibă influenţe apreciabile decît în combinaţie cu imipramina (Antideprin

4—6 tablete pe zi). Tratamentul cu imipramină, inițiat de Vidal (140), are un cert efect terapeutic mai ales la psihastenici și îndeosebi în fazele distimice. La fel, se comunică bune rezultate cu clorimipramină (Anafrenil) (Van Renynghe, 1968). Esucosul are un real efect anxiolitic în nevroza obsesivă, fără a se putea spera însă mai mult de la el. În schimb, un bun și cert efect ne-a apărut la tratamentul cu Majeptil (în doze mici, ajungînd la maximum 3×1/2 tablete pe zi) asociat cu anxiolitice. Se obține, după un tratament susținut, pe de o parte un fel de lobotomie medicamentoasă cu indiferență față de simptom, pe de altă parte o creștere a coeziunii eului, o reducere a „împrăștierii" psihice. El ușurează de asemenea contactul psihoterapic cu pacientul, care e așa de dificil la anancast. Majeptilul ne-a dat cele mai bune rezultate la psihastenici, la care s-a realizat și o ridicare „a tensiunii psihice". S-au comunicat și rezultate bune după Haloperidol și recent, după Sulpiride (Dogmetil), (1970).

Neurolepticele nu și-au spus în nici un caz ultimul cuvînt. Ele nu pot fi însă un factor terapeutic izolat, în afara psihoterapiei (mai ales al psihagogiei) și al ergoterapiei, fapt subliniat în multiple comunicări recente.

Tratamentul cu electroșoc, aplicat de mult timp, nu a dus la rezultate notabile, în afara stărilor distimice și a perioadelor net depresiv-melancolice.

Cura Sakel (comele insulinice) are de asemenea un efect mediocru în formele grave și vechi. Totuși, aplicînd-o, am obținut destul de multe rezultate bune (chiar și sub forma șocurilor umede). Se ameliorează contactul cu pacientul și acesta se „încălzește" afectiv, sinteza psihică devine mai bună. Aplicarea ei poate avea și aspectul unui ritual terapeutic, deseori eficace. Se pare că și somnoterapia ar avea doar acest efect (în afara eventualului efect al unor neuroleptice asociate).

În cazurile maligne de boală obsesivă s-au practicat intervenții neurochirurgicale. În prezent, acest tip de terapeutică e în recesiune, în afară de unele țări nordice

(Rylander). Unii autori o rezervă ca o atitudine de alegere în cazuri disperate (Boitelle, Pertridyl, Pippard, Ingram etc.). În cel mai bun caz, după intervenție se obține : o atenuare a chinului obsesiv, o adaptare socială mai bună, dar fără modificarea structurii obsesionale. Rezultatele bune ar oscila între 25 și 60% (după Green). Tehnicile sînt variate ; pot apărea multiple complicații și chiar în cazurile reușite, pacientul rămîne cu un mare vid intelectual. În prezent se încearcă administrarea postoperatorie de neuroleptice.

În orice caz, toți autorii sînt de acord că pentru intervenție pot fi alese doar cazurile care nu mai au nici o altă speranță. Și în aceste cazuri, responsabilitatea morală este enormă.

3. DICȚIONAR TERMINOLOGIC

Pentru cititorii nepsihiatri prezentăm mai jos un mic dicționar de termeni psihopatologici și psihiatrici. Subliniem de la început caracterul foarte general al formulărilor.

Psihoza = modificare psihopatologică gravă a psihismului, cu tulburarea masivă a raporturilor eu-lume, astfel încît persoana nu mai interpretează corect realitatea și nu se mai adecvează situațiilor, autoconducîndu-se aberant. În cazul psihozei avem alienație mintală, pe cînd în cazul nevrozei persoana rămîne destul de inserată în societate și cultură. Convențional, psihozele se pot împărți în *exogene* (determinate de noxe maladive precise) și *endogene* (cu plurideterminism etiopatogenic, mai puțin influențate genetic de condițiile exterioare). Dintre psihozele endogene, mai importante sînt : 1. *psihoza maniaco-depresivă,* în care se succed periodic faze depresive și maniacale (euforice, hiperdinamice, agitate) de intensitate psihotică ; și 2. *psihozele schizofrenice,* caracterizate prin disociație (discordanță, destrămarea vieții psihice, ou manifestări bizare, absurde, de neînțeles pentru anturaj) ; și la fel delir, halucinații, sărăcie afectivă, închidere în sine patologică (autism) etc.

Delir = modificare psihologică a persoanei, caracterizată printr-o convingere de neschimbat prin argumentare și experiență, într-o idee (într-o modalitate de a fi a realității) falsă, neadevărată, aberantă. În obsesie, persoana se detașează de tematica sau trăirea obsesivă, o consideră de nedorit, nu aderă la ea, ci luptă împotriva obsesiei. În delir, persoana aderă intens de tematica delirantă, care devine o convingere, credință de neschimbat.

Automatism mental = Sub forma sindromului Kandinsky-Clerambau, prin automatism mental în psihopatologie se înțelege un tablou clinic caracterizat prin: sentiment de ghicire și furt al gîndirii; gînduri și comportament impus din afară, de la distanță printr-o influență exterioară (xenopatică); mișcări și idei parazite pe care subiectul le constată și le resimte ca străine de sine; fenomene de „ecou" psihic; pseudohalucinații (trăiri de tip halucinatoriu resimțite în propriul corp; de exemplu, „simt că mi se vorbește în cap" etc.). Subiectul se simte dirijat — ca un automat — iar trăirile proprii îi par străine de sine.

Reacție, dezvoltare, proces defect = Sînt termeni ai psihopatologiei jaspersiene care încearcă o circumscriere a aspectelor evolutive, dinamice din psihopatologie.

Reacție comprehensibilă = o stare psihică anormală (patologică) ce se instalează în urma unui eveniment trăit, ca o consecință nemijlocită a semnificației acestui eveniment, într-o formă corespunzătoare și adecvată acestui sens, astfel incit orice om în împrejurările respective ar fi reacționat la fel. Prin aceasta putem și înțelege reacția respectivă care este uman comprehensibilă. De exemplu, tristețea la moartea cuiva drag. Dacă evenimentul-cauză nu persistă sau nu se repetă, persoana, treptat, se redresează.

Dezvoltare = instalarea unor stări psihice anormale ca o consecință a evoluției firești a vieții unui om, desfășurată însă în condiții care deviază persoana de la o structurare normală. În joc nu sînt numai evenimentele trăite, ci și predispozițiile constituționale. Dezvoltarea psihopatologică determină modificări structurale ale persoanei, duce spre

formule anormale de personalitate, dar nu spre alienație mentală, nu spre boală mentală, spre psihoză.

Proces psihopatologic — realizarea unor modificări psihice importante, grave, care bulversează persoana și schimbă fundamental imaginea despre lume (în sens psihopatologic), ca o consecință a unor evenimente organice, a unei suferințe cerebrale mai ales. Modificările psihice care rezultă dintr-un proces nu mai sînt de înțeles de către orice om ; ele par ciudate, absurde, incomprehensibile.

Defect — minusul psihic definitiv (sectoral sau global) care rezultă din grevarea organică a procesului de dezvoltare sau dintr-un proces psihopatologic (de exemplu, defect oligofren, schizofren, demențial). Distincția dintre reacție, dezvoltare și proces a fost foarte fecundă pentru clinica psihiatrică ; ea este o distincție metodologică, care nu acoperă întreaga realitate clinică. Dezvoltarea derapantă despre care se vorbește în lucrare ar corespunde unui cadru psihopatologic evolutiv intermediar între dezvoltare și proces.

BIBLIOGRAFIE*

1. * * * — Dialogues de Platon: „Apologie de Socrate", Ed. Charpentier, 1861.
2. VIANU T. — Postume: „Istoria ideii de geniu", E. L. U., Bucureşti, 1966.
3. DE CLERAMBAUD G. — Oeuvre psychiatrique, P.U.F., 1942.
4. JUNG C. G. — L'homme à la decouverte de son âme, P.U.F., Paris, 1944.
5. PETRILOWITSCH N. — Beiträge zu einer Struktur-psychopathologie, Ed. Karger, Basel, 1958.
6. KRETSCHMER E. — Medizinische Psychologie, Ed. Springer, 1961.
7. FLORU R. (sub red.) — Psihofiziologia activităţii de orientare. Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1968.
8. PETRILOWITSCH N. — Zur Karakteriologie der Zwangneurotiker, 1956; idem, *Arch. Neurol. Psych.*, 1955, 76, 1—2, 223.
9. PETRILOWITSCH N. — Abnorme Persönlichkeiten, Ed. Karger, 1960.
10. BINDER H. — Zur Psychologie der Zwangsvergänge, Ed. Karger, 1936.
11. SCHNEIDER K. — Klinische psychopathologie, Ed. Sprlnger, 1961.

— Carte clasică, cu multe ediţii. Asupra reacţiei de fundal, Schneider a scris şi studii speciale. Müller-Suur H. şi-a dezvoltat teoriile psihopatologice in cartea: Das psychlsch Abnorme, Springer 1950 şi într-un articol din Nervenarzt din 1954 (nr. 25, 431).

* La bibliografie nu sînt menţionate lucrările profesorului E. Pamfil, care m-a influenţat însă permanent şi nemijlocit.

12. SCHNEIDER K. — Die psychopatischen Persönlichkeiten, Wien, 1960.
13. KRETSCHMER E. — Paranoia et sensibilité, P.U.F., 1967.
14. KEHRER I. — Zwangkrankheit und Neurose, Berlin, 1963.
15. BINDER H. — Die menschliche Person. Ihr Wesen, ihre gestalt und ihre Störungen. Eine Einführung in die medizinische Antropologie, Ed. Hans Huber, Bern-Stuttgart, 1964.
16. LE SENNE R. — Traité de caracteriologie, P.U.F., 1946.
17. MOUNIER E. — Tralté de Caractère, Ed. Seull, Paris, 1947.
18. KRINGLER E. — *Brit. J. Psychiat.*, 1963, *3*.
19. ASSATIANI N., SOMILIA M. — *Korsakov*, 1966, *5*.
20. JONES E. — Traité théorique et pratique de psychanalise, Ed. Payot, Paris, 1925.
21. FENICHEL O. — La théorie psychanallticque des névroses, P.U.F., 1953.
22. WIDLÖCHER O. — *Rev. prat.*, 1965, XV, 7.
23. STÖSSEL ST., LĂZĂRESCU M. — *Neurol. psihiat. neurochir.*, 1968, *1*.
24. LĂZĂRESCU M., MOGA A. — *Timişoara medicală*, 1968, *4*.
25. GUIRAUD P. — Psychiatrie Clinlque, Ed. Masson, Paris, 1956.
26. KAHN E. — Die psychopatischen Persönlichkeiten, în Bumke: Handbuch der Geistes Krankheiten, vol. V.
27. IAHRREISS W. — Zwanggedanken, in Bumke: Handbuch der Geistes Krankheiten, voi. I.
28. JANET P. — Les obsessions et la psychasténie, Ed. Alcan, Paris, 1903.
29. JANET P. — Les nérvoses, Ed. Flammarion, Paris, 1924.
30. COUFFIGNAL L. — Information et theorle de l'information în Le concept d'informatlon dans la science contemporalne, Editions de minuit, Paris, 1965.
31. BOHM E. — Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostlc, Ed Hans Huber, Berna, 1951.
32. LOOSLI USTERI — Manuel de Test de Rorschach, P.U.F., 1964.
33. TAMARIN G. R. — *Neuropsihijatrija* (Zagreb), 1957, *2*.
34. LÔB P. — Les nevroses, Ed. Alcan, Paris, 1960.
35. GEBSATTEL V. E. — Die psychastenische Phoble, în Prolegomena für eine medizinische Antropologie, Ed. Springer, 1954.
36. LĂZĂRESCU M. — Probleme de psihopatologie a spaţiului trăit. Teză de doctorat, I.M.F. Timişoara, 1969, cond. prof. dr. E. Pamfil.
37. MALLET J. — Névrose phobique, 1955.
38. EY H., BERNARD P., BRISSET CH. — Manuel de psychiatrie, Ed. Masson, Paris, 1963.

39. SALZMAN LEO — *Contemp. Psychoanal.*, 1965, 2.
40. WALLON H. — De la act la gîndire, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1963.
41. PIAGET J., INHELDER B. — La representation de l'espace chez l'enfant, P.U.F., 1948.
42. MERLEAU-JONTY — La phénomenologie de la perception, Ed. N.R.F., Paris, 1945.
43. EY H. — La conscience, P.U.F., 1963.
44. REBUFET P. — *Entretiens Psychiatriques*, 1967, *10*.
45. SARTRE V. P. — L'Etre et le neant, Ed. Gallimard, Paris, 1943.
46. LOPEZ IBOR J. J. — *Acta Psych. Scand.*, 1965, *41*.
47. LOPEZ IBOR J. J. — Revista del hospital psiquiatrico de la Habana, 1962, *3*.
48. ARIETI S. — *Amer. J. Psychiat.*, 1961, *118*.
49. RALPH R., GREENSON M. D. — *J. Amer. Psychanal.*, 1959, 7.
50. MELDMAN M. J. — *Amer. J. Psychiat.*, 1964, *121*.
51. PICHOT P. — *Rev. prat.*, 1965, 7.
52. DUPRE E. — La constitution émotive, în Pathologie de l'imagination et de l'emotivité, Ed. Payot, Paris, 1925.
53. MAYER-GROSS W., SLATER E., ROTH M. — Clinical Psychiatry, Ed. Cassel, Londra, 1960.
54. FRANKL-GEBSATTEL-SCHULTZ — Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Ed. Urban-Schwartzenberg, München—Berlin, 1961.
55. BRUN E. — Algemeine Neurosenlehre, Basel, 1955.
56. HESNARD A. — Les Phobies et la Névrose phobique, Ed. Payot, Paris, 1961.
57. LHERMITTE J. — L'image de notre corp, Ed. Masson, Paris, 1939.
58. SCHULTE W. — Studien zur heutigen psychotherapie, Ed. Quelle und Mayer, Heidelberg, 1964.
59. FELDMAN H. — *Arch. Psychiat. Nervenk.*, 1967, *209*.
60. MAFFEI G., PAGGIOLI B. — Signifıcation de la succesion de contenus chez les phobiques. Al IV-lea Congres mondial de psihiatrie, Madrid, 1966.
61. SCOTT M. E. — *Sth. Med. J.*, 1966, *54*.
62. AGRAS ST. — *Amer. J. Psych.*, 1959, 6.
63. NUTTIN J. — La structure de la personalité. P.U.F., 1965.
64. ABELY P. — *Ann. Med. Psych.*, 1959, *1*.
65. JASPERS K. — Algemeine Psychopathologie, Ed. Springer, 1959.
66. EWALD G. — Neurologie und Psychiatrie, Ed. Urban, 1964.
67. KOLLE K. — Psychiatrie, Ed. G. Thieme, 1961.

68. PARNIZKE H. K., REGEL H. — *Neurol. Psychiat. med. Psychol.*, 1966, *18*, 3.
69. KLUGE E. — *Nervenarzt*, 1965, *36*.
70. KAMENEVA E. — *Ann. Med. Psycol.*, 1935, *2*.
71. CLAUDE H., BOREL A., ROBIN G. — *Encephal.*, 1923, *8*.
72. CLAUDE H., BOREL A., ROBIN G. — *Encephal*, 1924, *4*.
73. MINKOWSKI E. — *Ann. Med. Psych.*, 1924.
74. MINKOWSKI E. — Traité de psychopathologie, P.U.F., Logos, 1967.
75. DUCROQUE A. — Romanul materiei, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1966.
76. GEBSATTEL V. E. — Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie, în Prolegomena für eine medizinische Antropologie, Ed. Springer, 1954.
77. GÖPPERT H. — Zwangskrankheit und Depersonalization, Ed. Karger, 1960.
78. COURBON P. C., BUVOT POCHON — Encephal, 1924, *3*.
79. MICHAUX L. — Les Phobies, Ed. Hachette, Paris, 1968.
80. GARCIA A. J. — *Ann. Med. Psych.*, 1959, *1*.
81. PAAL G. — *Nervenarzt*, 1968, *1*.
82. STEKEL W. — Zwang und Zweifel, Berlin-Wien, 1927.
83. GEBSATTEL V. E. — Die Welt der Zwangskrankhen, în Prolegomena...
84. HARRY K. WELTS — The failure of psychoanalysis from Freud to Fromm, Internatlonal Publ. New York, 1963.
85. DELKESKAMP H., MAYER J. E. — *Psychosom-med.* (Göttingen), 1967, *13*, 3.
86. GOLDBERG G. G. — *Psychiat. Quart.*, 1965, *39*.
87. AUBRY LEWIS — *Psychiat. Neurol. (Basel)*, 1965, *150*.
88. GUNNAR SKOOG — *Acta Psychiat. Scand.*, 1965, *184*.
89. WIDLÖCHER D. — *Rev. prat.*, 1965, *15*.
90. KRINGLER E. — *Acta Psychiat. Scand.*, 1965, *180*.
91. INGRAM I. M. — *J. Med. Sc.*, 1961, *107*.
92. GRYNSHAW L. — *Brit. J. Psych.*, 1965, *480*.
93. BELCIUGĂŢEANU C., ALINA STURZA, MOISE G. N. — *Neurol. Psih. Neuroch.*
94. PUJOL R., SAVY A. — Le devenlr de l'obsédé, Ed. Masson, Paris, 1968.
95. BAROUTINI F., FOOSI G. — Rasegna di studi psiciatrici, 1963, 52, *3*.
96. PAPELLA E. — *Arch. Psychiat. Nervenk.*, 1967, *209*, 2.
97. AMAT E., DEMETRIA BARCIA — *Acts Luso-Espanoles de N. Psych.*, 1959, *4*.
98. GITTLESON N. L. — *Brit. J. Psychiat.*, 1966, *112*, 484.
99. MAGNAN V., LEGRAIN J. — Les Dégénérés, Paris, 1895.

100. MICHAUX L., GALLET H. M. — *Rev. prat.*, 1965, *15*.
101. STENGEL E. — Neurosenprobleme vom Anglo-Amerikanischen Geistpunct, în Psihiatrie der Gegenwart, vol. I, Ed. Springer, 1960.
102. HADDOCK J. M. — *Med. J.*, 1965, *58*, 9.
103. GOLOVAN L. I. — *Korsakov*, 1965, *8*.
104. MATARAZZO F. — *Lavoro Neuropsichiatrico*, 1957, *21*, 1.
105. GREEN A. — Obsession et psychonévrose obsessionnelle, în E.M.C., Pschiatrie, 1965.
106. PAVLOV I. P. — Polnoe sobranie socinenii, Ed. Akad. Nauk, U.R.S.S., 1951.
107. PAVELCU V. — Drama psihologiei, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1965.
108. PREDESCU V. — Lecţii de psihiatrie I.M.F., Bucureşti, 1964.
109. MONAKOV C., MOURGUE R. — Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie, Ed. Alcan, Paris, 1928.
110. NAPALKOV A. V. — *Probl. Kibernetiki*, 1960, *4*.
111. DAVIDENKOV S. — Nevrozî, Medghiz, Leningrad, 1963.
112. BERNSTEIN M. A. — *Probl. Kibernetiki*, 1961, 6.
113. BERNSTEIN M. A. — *Probleme de filozofie*, 1962, *8*.
114. NEUMAN J. — *Kiberneticeski Sbornik*, 1960, *1*.
115. BARTON R. — *Lancet*, 1965, *1*.
116. AMADUCCI L., PAZZAGLI A. — *Rass. studi psichiat.*, 1968, *57*, 2.
117. ROTH M. — Proc. Roy. Soc. Med., 1959, *52*.
118. ROTH M., HARPER M. — *Compr. Psychiat.*, 1962, *3*.
119. GRIMSHOW L. — *Neur. Neurosurg. Psych.*, 1964, *27*, 3.
120. GREGER J., PAPELLA E. — *Nervenarzt*, 1967, *38*, 3.
121. GROMSKA I. — *Psychiat. Pol.*, 1967, *17*, 1.
122. MONTSERRAT ESTÈVE — *Anales de Medicina* (Barcelona), *49*, 2.
123. LEUBRAND W., WEITTLEY A. — Der Wahnsinn, Geschichte der abendländischer Psychopathologie, Ed. Karl Alber, 1961.
124. WALLON H. — Les origines du caractère chez l'enfant, P.U.F., 1949.
125. LEBOVICI — La rélation objectale chez l'enfant, în La psychiatrie de l'enfant, vol. II, 1962.
126. MUCCHIELLI R., BOURCIER A. — La dyslexie, E.S.F., Paris, 1964.
127. ARIETI S. — American Handbook of Psychiatry, Ed. Basic Books New York, 1959.
128. HÄFNER H. — Das Gewissen in der Neurose, în Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Ed. Urban Schwarzenberg, 1959.

129. HEGEL W. F. F. — Fenomenologia spiritului, Ed. Academiei R.S.R. Buc., 1965.
130. MÜLER-ECKHARD H. — Psyhe, 1954, *8*, 143.
131. BALSLEV OLSEN GREET-JORGENSEN — *Acta Psych. Neurol. Scand.*, 1959, *34*.
132. LEONHARD K. — Individualtherapie der Neurosen, Ed. Fischer, Jena, 1963.
133. MÜLLER C. — *Rev. méd. Suisse rom.*, 1963, 7.
134. GETZ H. O. — *Neuropsychiat.*, 1962, *3*.
135. GUTHEIL E. A. — *Psychotherapy*, 1959, *13*.
136. SALZMAN LEO — *Amer. J. Psychiat.*, 1966, *122*.
137. MAYER V. — *Amer. J. Psychiat.*, 1966, *122*.
138. MARCHAIS P. — Le processus nevrotique, Ed. Masson, Paris, 1968.
139. PREDESCU V. — Terapia psihotropă, Ed. medicală, București, 1968.
140. VIDAL G. şi B. — *Encéphale*, 1963, *2*.
141. DONATH J. — *Arch. Psych. Nervenkr.*, 1897, *29*.
142. FRIEDMANN I. — Über die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem, Wiesbaden, 1920.
143. HOFFMAN K. — Über die Zwangsneurosen, Tübingen, 1934.
144. ROSEN I. — *J. ment. Sci.*, 1937, *103*.
145. STRAUS E. — *Wschr. Psychiat. Neurol.*, 1938, *98*, 61.

Lei 9,50

EDITURA
MEDICALĂ